Nr 4 23 stycznia 1938 Rok XVII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD

Dr Tadeusz KIELANOWSKI Lwów

Rola układu nerwowego i psychiki w odporności. Próba ujęcia zagadnienia odporności z punktu widzenia teorii holizmu [1])

W wykładzie niniejszym, który opieram na licznych nowych publikacjach, przeważnie francuskich, traktujących o tak zwanym przełomie, jaki przeżywa dzisiejsza biologia i medycyna oraz na pracach doświadczalnych Instytutu Pasteura w Paryżu, używać będę wielokrotnie wyrażeń takich, jak: czynnik nerwowy i psychiczny oraz duch lub dusza, materia, itd.

Wstrzymuję się celowo od definicji tych określeń, gdyż chęć zdefiniowania ich zaprowadziłaby nas bardzo daleko.

Słowa te rozumiem, i pragnąłbym, by były rozumiane w sposób *codzienny i prosty*, w szczególności zaś pozbawiony jakichkolwiek zabarwień metafizycznych. Fizyka ostatnich lat rozszerzyła wprawdzie swoje pole pracy w kierunku metafizyki i w kierunku biologii, ale medycyna winna wystrzegać się jeszcze na razie metafizycznych metod rozumowania.

Każda istota żywa, począwszy od istot jednokomórkowych a skończywszy na człowieku, wykazuje stałą, nieprzerwaną działalność, dążącą do utrzymania w równowadze wszystkich swoich cech fizycznych, chemicznych, biologicznych i duchowych. Przejawy tej działalności pokrywają się z przejawami samego życia (odżywianie, oddychanie, ruchy, sen, itp.), a cechą istotną życia, w myśl definicji znakomitego fizjologa angielskiego Haldane, jest właśnie czynne i samoistne utrzymywanie skoordynowanej równowagi. W biologii ludzkiej znamy szereg stanów równowagi, dla utrzymania których ustrój pracuje bez przerwy, na przykład: równowaga ciepłoty ciała, stężenie jonów wodorowych, ciśnienie osmotyczne, ciśnienie śródtkankowe, wzajemny stosunek jonów K, Ca, Na itd., (izotermia, izojonia, izoosmia itp. — Schade). Nie ulega wątpliwości, że znamy i umiemy mierzyć tylko znikomo małą część tych stanów równowagi, będących składnikami równowagi ogólnej, warunkującej, a równocześnie określającej życie.

Każda istota żywa narażona jest bez przerwy na wpływy zewnętrzne, mogące naruszyć tę równowagę. Te wpływy zewnętrzne nazwać można teleologicznie (z punktu widzenia istoty żywej) *szkodliwościami*, lub w biologii ludzkiej czynnikami chorobotwórczymi (gdyż choroba jest zaburzeniem równowagi). Natomiast środki, którymi ustrój rozporządza w walce ze szkodliwościami oznaczają jego obronność, czyli *odporność* na wpływy zewnętrzne. Tak szeroko ujęta odporność staje się więc zasadniczą cechą każdej istoty żywej, a objawy zgodne są, jak wspomnieliśmy, z objawami samego życia.

Powyższe, filozoficzne niejako ujęcie zagadnienia odporności, posiada, jak każde filozoficzne ujęcie jakiegokolwiek tematu, swoje znaczenie praktyczne. Pojęcie odporności uległo bowiem w medycynie zwyrodnieniu, które nazwałbym zwyrodnieniem laboratoryjnym. Odporność przeciwko jakiejś chorobie, to w pojęciu niejednego lekarza reakcja, zachodząca wprawdzie w ustroju, lecz reakcja fizyko-chemiczna, dająca się nie tylko porównać, ale i powtórzyć w probówce, *in vitro*. Czynna walka żywego ustroju z chorobą, znajduje u lekarza coraz mniej zrozumienia, gdyż myśli on kategoriami: „swoista odporność humoralna", „ciało-przeciwciało", „toksyna-antytoksyna" itp. Odporność byłaby w tym pojęciu szeregiem licznych reakcyj chemicznych, wzajemnie od siebie niezależnych, przypadkowych i przez żaden wspólny a nadrzędny czynnik nie kierowanych. Pojęcie takie jest oczywiście filozoficznym i biologicznym absurdem, gdyż ustrój nie jest sumą niezależnych zjawisk chemicznych, fizycznych a nawet biologicznych, lecz całością i jednością o harmonijnej współzależności poszczególnych czynności i części. Wiele nowych i głębokich myśli na temat człowieka, jako niepodzielonej jednostki psycho-bio-materialnej wypowiedziało ostatnio szereg autorów, zwolenników „holistycznej" (ὅλος — cały) szkoły filozoficznej, w szczególności J. S. Haldane, A. Meyer, A. Carrel.

Czynnikiem, który u istot wyżej zorganizowanych łączy anatomicznie i czynnościowo poszczególne narządy oraz ich funkcje w jedną całość, jest przede wszystkim (obok krwi i jej hormonów) układ nerwowy. Z układem nerwowym związane jest ściśle, choć w nieznany sposób, życie psychiczne i prawdopodobnie świadomość osobnicza. Otóż rola psychiki i układu nerwowego w ogólnej patologii oraz znaczenie ich w procesach obronnych ustroju jest nie tylko mało znana, ale i — to przyznać trzeba, — przez wielu badaczy fizyko-chemicznie i materialistycznie nastawionych, wyraźnie lekceważone. To lekceważenie jest skutkiem panowania w biologii i medycynie szkoły fizyko-chemicznej, która wsparta na swoich olbrzymich zdobyczach rzeczowych ostatnich lat kilkudziesięciu nauczyła lekceważyć te dane bezpośredniej obserwacji, które nie dają się ani zważyć, ani zmierzyć, ani też zbadać przy pomocy którejkolwiek ze znanych metod fizyko-chemicznych.

W sprzeczności z nauką laboratoryjno-doświadczalną, która, jak widzimy, nie interesowała się rolą układu nerwowego i psychiki w procesach odpornościowych, zwracali klinicyści, szczególnie dawniejszej daty, baczną uwagę na psychikę, czyli tzw. „morale" chorego. W czasach, gdy mniej znano leków i zabiegów o dokładnie znanym działaniu etiotropowym, stosowano na dużą skalę leczenie psychoterapeutyczne, a mimo to wyniki lecznicze starych lekarzy — ignorantów z punktu widzenia medycyny dzisiejszej — były zadziwiająco dobre. Dawniej bowiem leczył lekarz, dziś lekarz stawia rozpoznanie, a leczyć mają środki lecznicze. Zaniedbanie przez lekarzy strony psychicznej chorego wykorzystali szarlatani, których powodzenie wzrasta z roku na rok i to właśnie w krajach o najwyższej cywilizacji (Niemcy!).

W ostatnich kilku latach jesteśmy jednak świadkami pewnego odrodzenia w współczesnej nauce lekarskiej. Zdobycze nowoczesnej atomistyki zachwiały cały mechanistyczno-materialistyczny system poznania, co odbiło się na biologii i medycynie, każąc nam wątpić w wiarę naszych ojców o możliwości ujęcia zagadnienia życia i człowieka w formułce fizyko-chemicznej. W medycynie słyszy się hasło „powrotu do hippokratyzmu", zaś *filozofowie, klinicyści i eksperymentatorzy* podkreślają znaczenie psychiki w zdrowym i chorobowo zmienionym ustroju.

1. Wspomniany ruch filozoficzny „holizm" wskazuje m. i. na to, że podział człowieka na ducha i ciało jest podziałem sztucznym, stworzonym dla utylitarnych celów praktyki naukowej, tak, jak sztucznym jest oddzielenie morfologii narządu od jego czynności. Nie znamy ducha ludzkiego bez ciała ludzkiego — pojęcie to jest abstraktem tak sztucznym, jak pojęcie oddychania lub trawienia bez płuc lub przewodu pokarmowego. Odwrotnie płuco lub przewód pokarmowy, pozbawione swoich czynności, lub ciało ludzkie, pozbawione swego ducha, to martwe, chaotyczne stosy białka, których sens zrozumieć możemy tylko przy pomocy domyślania się ich czynności. Tak, jak ciało ludzkie jest niepodzielne, tak nauka lekarska jest niepodzielna. Podział na dyscypliny, jak anatomia i fizjologia, a również podział na specjalności lekarskie są podziałami sztucznymi, dyktowanymi wprawdzie koniecznością, lecz w zasadzie niekorzystnymi, a nawet groźnymi, ze względu na autystyczną deformację zawodową („*déformation professionnelle*"), którą wywołują.

2. W ostatnich latach coraz częściej słyszy się głosy klinicystów, wskazujące na zrozumienie roli, jaką odgrywa układ nerwowy i psychika w całokształcie somatycznej fizjologii i patologii. Szczegółowo dyskutuje się uderzający fakt, że stworzone koniecznością społeczno-ekonomiczną lecznictwo masowe, dostarczające choremu *wszelkich naukowo uzasadnionych* środków i zabiegów leczniczych, nie uwzględniające natomiast z braku czasu indywidualności i psychiki chorego, jest niepopularne i nie odnosi takich sukcesów leczniczych, jakich należało by oczekiwać po pracy i wysiłku włożonym w nie przez le-

[1]) Odczyt wygłoszony na XXI posiedzeniu naukowym Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, w dniu 1. X. 1937.

karzy. Z drugiej strony, w przeciwnym obozie, lecznictwo nienaukowe, taki Coué z Nancy, Wojnowski w Warszawie albo Christian Science w Ameryce, cieszy się wzrastającą stale popularnością, a wyniki lecznicze są nieraz zastanawiające, mimo apriorystycznego negowania ich przez ortodoksyjną naukę lekarską. Błądzi oczywiście jedna i druga strona, gdyż obie stoją na stanowisku odrębności ducha i ciała.

*

3. Wpływ czynnika nerwowego i psychicznego na schorzenia somatyczne zobrazować można na przykładzie raka. Reding wykazał, że wagotonia przyśpiesza, a sympatykotonia zwalnia podział komórek nowotworu złośliwego. Rolę systemu autonomicznego nerwowego w patogenezie raka podkreśla również Stajano, wyrażając żal, że zainteresowania kancerologów nie wykraczają poza patologię celularną. Cały szereg autorów (Delore, Boucher, Moinson i Stephanopoli, Lumière i Vigne, Forgue) omawia w ostatnich latach z ściśle naukowego punktu widzenia rolę rakotwórczą nerwowego trybu życia, przewlekłych smutków i zmartwień, przepracowania umysłowego itd. Wszystkie te stany depresywne powodują wagotonię i alkalozę, stwarzając tym nader podatny teren dla znanych nam od dawna rozlicznych czynników rakotwórczych.

W epoce, w której żyjemy nie posiada nawet oczywistość filozoficzna lub kliniczna tak długo siły dowodu, póki nie zostanie potwierdzona doświadczeniem i to najlepiej wykonanym na zwierzęciu. Tę chwalebną ostrożność i sceptycyzm naukowy nowoczesnej medycyny wykpiwa nawet wielki kpiarz angielski G. B. Shaw²).

Do niedawna nie znano jednak sposobu badania wpływu systemu nerwowego i psychiki na zjawiska patologii somatycznej u zwierząt, gdyż nawiązanie dość silnego kontaktu psychicznego ze zwierzęciem nie jest możliwe, a zwierzę nie poddaje się woli eksperymentatora. Badania te stały się możliwe dopiero od czasu prac Metalnikowa i jego szkoły, to jest od czasu zastosowania odruchów warunkowych do badań zjawisk odporności przeciwzakaźnej u zwierząt.

Metalnikow uważa wszelkie postacie odporności za odruchy obronne, gdyż są one obowiązkowe (*„obligatoires"*) i niezależne od woli. Dotyczy to w równej mierze odruchów obronnych, jak mrużenie oka, kichanie itp., jak też i humoralnej odporności przeciwzakaźnej. Rola układu nerwowego (łuk odruchowy), w powstawaniu odruchów obronnych znana jest od dawna, nie znano natomiast roli tej w odporności przeciwzakaźnej.

Badając gąsienice wykazał Metalnikow, że można je czynnie uodpornić przeciwko różnym bakteriom, np. przeciwko bakteriom Danysza; gąsienice uodpornione, znoszą bezobjawowo dawki, przekraczające znacznie dawkę śmiertelną. Natomiast uodpornienie nie udaje się u gąsienic, którym zniszczono trzy pierwsze zwoje nerwowe. Inne doświadczenie wykonano na gąsienicach (Ermolaeff i Metalnikow), których ciało przewiązano w środku silnie sznurkiem, dzieląc je w ten sposób niejako na dwie połowy. Dowodem ścisłego podziału ciała gąsienicy tak podwiązanej jest fakt, że jeśli zakażano śmiertelną dawką bakteryj jedną połowę, to połowa ta ginęła, podczas gdy druga połowa pozostawała przy życiu jeszcze przez kilka tygodni; natomiast uodpornienie przedniej połowy przenosi się szybko na połowę tylną, choć połączenie odbywa się tylko za pomocą drobniutkich, nie uszkodzonych podwiązką pni nerwowych. Doświadczenie jest znacznie mniej wyraźne przy pierwotnym uodpornieniu części tylnej.

Dla wykazania roli układu nerwowego u zwierząt wyższych, posługiwał się Metalnikow i liczni jego następcy metodą wywoływania odruchów warunkowych Pawłowa. Odruch warunkowy polega, jak wiadomo, na tym, że bodziec psychiczny (np. dźwięk), powtarzany przez dłuższy czas bezpośrednio przed bodźcem fizjologicznym (np. spożycie pokarmu), wywołać może *sam* takie skutki (np. wydzielanie śliny i soku żołądkowego), jakie normalnie są następstwem bodźca fizjologicznego.

²) W książce pt.: „Przygody młodej dziewczyny murzyńskiej w poszukiwaniu Boga". (Dziewczyna spotyka zgrzybiałego, uczonego starca, siedzącego na obalonym pniu drzewa i straszy go okrzykiem, że siedzi na krokodylu. Starzec w kilku skokach włazi na wysoką palmę. Przekonawszy się, że padł ofiarą żartu, nie chce uwierzyć w możliwość faktu, że on, który już ledwo chodzi, dokonał takiego czynu sportowego. Postanawia więc, dla stwierdzenia tej możliwości, powtórzyć podobne doświadczenie na psach).

Pierwsze doświadczenia wykonali Metalnikow i Chorine na świnkach morskich. W punktacie z jamy otrzewnowej świnki morskiej nie ma normalnie prawie zupełnie składników komórkowych. W dziesięć do piętnastu minut po dootrzewnowym wlaniu obcego białka, np. bulionu, pojawiają się liczne komórki wysiękowe, przeważnie leukocyty. Metalnikow i Chorine wstrzykiwali wielokrotnie bulion do otrzewnej świnek, a tuż przed zabiegiem tarli silnie ucho zwierzęcia przez kilka minut lub grzali pewien odcinek skóry. Po dwudziestu mniej więcej zabiegach i kilkudniowej przerwie, wykonali u tych świnek, przekonawszy się, że płyn otrzewnowy nie zawiera składników komórkowych, sam bodziec psychiczny, tj. natarcie ucha lub grzanie skóry. W kilkanaście minut po tym pojawiały się w punktacie otrzewnowym liczne leukocyty, mimo, że do otrzewnej nic nie wstrzyknięto! Wystąpił więc typowy odruch warunkowy.

Doświadczenie to jest tak zastanawiające i tak nieoczekiwane w swym wyniku, że wymaga chwili zastanowienia. Pojawianie się komórek wysiękowych w ognisku chorobowym, emigracja ich z naczyń krwionośnych, zastanawiało już wielu badaczy. Przyjęto najogólniej (a zgodnie z fizyko-chemiczną interpretacją zjawisk życiowych), że leukocyty „przyciągane" zostają do ognisk chorobowych przez substancje chemiczne, już to obce ustrojowi, już to powstałe z rozpadu tkanek własnych; fakt ten nazwano przyciąganiem chemotaktycznym. W doświadczeniu Metalnikowa żadnych substancyj do jamy otrzewnowej się nie wprowadza, ani też nie wywołuje tam żadnego uszkodzenia; leukocyty pojawiają się w miejscu *zdrowym*, pod wpływem *samego* bodźca psychicznego, który jak gdyby „ostrzega" je przed grożącym niebezpieczeństwem.

Wartość tego „ostrzeżenia" i wynikłej stąd gotowości do walki z grożącym niebezpieczeństwem wykazał Metalnikow w bardzo efektownym doświadczeniu. Świnka morska, posiadająca w jamie otrzewnowej wysięk komórkowy, wywołany odruchem warunkowym, tj. samym bodźcem psychicznym, znosi bezobjawowo dootrzewnowe wlanie zawiesiny bakteryjnej (np. mętwika cholery), w dawce śmiertelnej dla każdej innej świnki. A nie była ona przecież swoiście ani nieswoiście uodporniona, uodporniona była tylko psychicznie. Zaryzykujemy śmiałe zdanie: ustrój i leukocyty były ostrzeżone i gotowe do walki.

Już tu widzimy, jak przy pomocy bodźców psychicznych można zwiększyć znacznie odporność przeciwzakaźną zwierzęcia. Liczne dalsze doświadczenia Metalnikowa i jego szkoły potwierdziły te pierwsze spostrzeżenia całym szeregiem nowych faktów. I tak, na przykład: wlewając królikowi dożylnie zawiesinę krwinek barana, uzyskujemy po pewnym czasie własności hemolityczne jego surowicy wobec tychże krwinek i możemy określić miano hemolityczne surowicy. Po zaprzestaniu wlewania krwinek (antygenu), miano to zwolna spada. Jeśli jednakowoż przed każdym wlaniem krwinek stosowaliśmy bodziec psychiczny, np. silne natarcie ucha, to wystarczy po zaprzestaniu wlewań i opadnięciu już nawet miana, powtarzać *sam* bodziec psychiczny, a miano ponownie pocznie wzrastać i przekroczy nawet swój najwyższy uprzedni poziom.

W podobnych doświadczeniach uzyskano wzrost miana aglutynacyjnego surowicy lub też wyraźną leukocytozę, li tylko pod wpływem bodźca psychicznego.

Doświadczenia Metalnikowa powtórzyło i potwierdziło szereg autorów. Okazało się przy tym, że bodźcem wywołującym odruch warunkowy może być sam fakt wynoszenia zwierzęcia z klatki, nakłuwania żyły itd. Z faktu tego widać m. i. ile błędów powstać może przez nieuwzględnienie w doświadczeniu przewlekłym na zwierzęciu odruchu warunkowego.

Jak wiadomo z doświadczeń samego Pawłowa, decydującą rolę w powstawaniu odruchu warunkowego odgrywa kora mózgowa. Dlatego idealnym zwierzęciem do badania odruchów warunkowych jest inteligentny pies. U człowieka powstają warunkowe odruchy korowe jeszcze łatwiej i odgrywają, nawet w życiu codziennym, bardzo wielką rolę. Im inteligentniejszy człowiek, tym łatwiej powstają u niego odruchy warunkowe, lub, jak chcą niektórzy, łatwość wytwarzania się odruchów warunkowych jest warunkiem rozwoju inteligencji.

Doświadczenia Metalnikowa posiadają znaczenie niezwykle doniosłe, wykazały one bowiem w sposób tak ulubiony przez nowoczesną naukę, a mianowicie doświadczeniem na zwierzęciu, wpływ czynnika nerwowego i psychicznego na *wymierne*, powtarzam *wymierne* stany i procesy odpornościowe. Wykazały one drogę i stworzyły pierwszą metodę badania dziedzin dotąd bezpośredniemu badaniu niedostępnych.

Wpływ czynnika nerwowego, a szczególnie psychicznego nie ogranicza się jednak do omówionych tu zjawisk. Wiadomo od dawna, jak afekty przykre upośledzają proces trawienia, a co

za tym idzie stan ogólny, a jak afekty przyjemne ożywiają krążenie i przemianę materii. Wiadomo, że zmartwienia czysto psychiczne mogą stać się przyczyną ostrego wysiewu gruźliczego (Huebschmann) i że strach przed jakąś chorobą zakaźną zwiększa wrażliwość na nią. Te i liczne inne znane obserwacje należały jednak dotychczas do empirii przez doświadczenie niesprawdzalnej, dziś zaś winny stać się tematem ściśle naukowych dociekań.

Nie znamy oczywiście sposobu, w jaki energia psychiczna, czy też bodziec nerwowy działa, np. na luźne w sokach ustroju leukocyty, każąc im gromadzić się w tym lub innym zagrożonym miejscu. Metalnikow przypuszcza indukcję, promieniowanie lub hormony. Popełnia tu jednak zasadniczy błąd filozoficzny, nie zdając sobie sprawy, że poszukuje pośrednika pomiędzy tym, co nazywamy duszą, a pomiędzy ciałem, czyli pomiędzy duchem a materią. Znakomity eksperymentator nie potrafił wyzwolić się ze starych pojęć dualistycznych, i uważa, że duch, czynnik obcy, przenika martwą materię. Znacznie prostsze i jasne wydają się jego doświadczenia w ujęciu holistycznym, według którego duch i materia ożywiona stanowią jedność i nierozłączną całość.

Z wszystkich powyższych wywodów wynika jasno, że odporność ogólnie ujęta, jest zasadniczą biologiczną cechą każdej istoty żywej. Jej natura biologiczna, życiowa, opiera się na wszelkich przejawach życia i obejmuje jego najwyższe przejawy, to jest życie psychiczne. Dlatego nigdy nie poznamy zagadnienia odporności, przystępując do badania go tylko za pomocą metod fizyko-chemicznych. Słusznie bowiem mówi znakomity holista fizyk Niels-Bohr, że przy pomocy metod fizykochemicznych uzyskamy tylko fizyko-chemiczne odpowiedzi, zagadnienia zaś szerszego, choćby tylko biologicznego, w ten sposób nie rozwiążemy.

Pragnąłbym na zakończenie wysnuć wniosek praktyczny. Mądra psychoterapia jest nie tylko dodatkiem dla umilenia choremu życia i uzupełnienia leczenia farmakologicznego, lecz czynnikiem nader istotnym, który zwiększa w sposób wymierny siły i ciała odpornościowe ustroju.

Piśmiennictwo:

Boucher: La Méd. internat. 177, 1932. — Carrel: L'homme cet inconnu, Plon, 1936. — Delore: Tendances de la Médecine contemporaine, Masson et Cie, Paris, 1936. — Delore: Journ. méd. Lyon. 235, 1933. — Forgue: La Méd. internat. 241, 1931. — Haldane: Philosophie eines Biologen, G. Fischer, Jena 1936. — Lumière i Vigne: Bull. de l'Acad. de Méd. CVI, 272, 1931. — Metalnikov: La Presse Méd. I, 753, 1932. — Metalnikov: La Presse Méd. II, 1893, 1934. — Metalnikov: Ann. Inst. Pasteur. 40, 787, 1926. — Metalnikov i Ermolaeff: C. R. Soc. Biol. 107, 517. — Metalnikov i Chorine: Ann. Inst. Pasteur. 40, 893, 1926. — Metalnikov i Chorine: C. R. Soc. Biol. 999, 142, 1928. — Metalnikov i Chorine: C. R. Soc. Biol. 100, 17, 1921. — Metalnikov i Malis: C. R. Soc. Biol. 120, 1220, 1935. — Meyer A.: Krisenepochen und Wendepunkte des biologischen Denkens. G. Fischer, Jena, 1935. — Moinson i Stephanopoli: Bull. de l'Acad. de Méd. CII, 729, 1929. — Nicolau, Antinescu-Dimitriu: C. R. Soc. Biol. 102, 133, 1929. — Ostrovskaya: Ann. Inst. Pasteur. 44, 340, 1930. — Reding: Le terrain cancéreux et cancérisable. Masson et Cie. — Schade: Die Molekularpathologie der Entzündung. Th. Steinkopff, Dresden-Leipzig, 1935. — Schambouroff i Belikova: Ann. Inst. Pasteur. 56, 700, 1936. — Stajano: Paris méd. 32, 125, 1931.

PRACE ORYGINALNE

Dr Franciszek POCHOPIEŃ Kraków

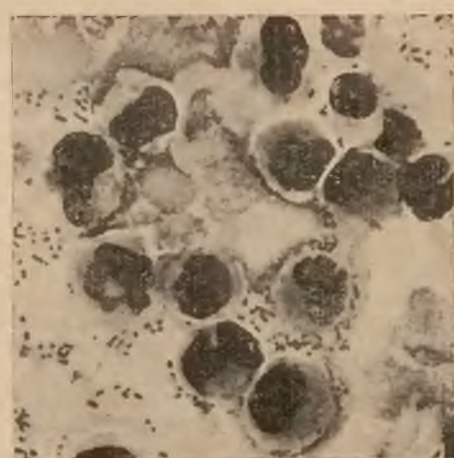
Bacterium coli mutabile w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych

Z Kliniki Dziecięcej U. J.
Dyrektor: Prof. dr Ksawery Lewkowicz

W etiologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych niezmiernie rzadko występuje pałeczka okrężnicy, jako czynnik wywołujący. Według Kaufmann'a zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych najczęściej wywołują ziarenkowce, jak paciorkowce, gronkowce, dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych — o wiele rzadziej laseczki, a wśród nich na drugim miejscu pałeczka okrężnicy. Według statystyki naszej Kliniki, obejmującej w okresie 11 lat (1925—1936) 317 przypadków zapalenia opon u dzieci, najczęściej czynnikiem wywołującym były prątki gruźlicze (47% przypadków), następnie dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (28%), stosunkowo rzadziej dwoinki zapalenia płuc (6.6%), a tylko w znikomym odsetku pałeczki Pfeiffera (1.57%), gronkowce (0.6%) i paciorkowce (0.3%). Natomiast tylko w jednym niżej opisanym przypadku znaleźliśmy pałeczkę okrężnicy. O rzadkości tego rodzaju przypadków świadczy fakt, że w piśmiennictwie spotykamy ich zaledwie 35, opisanych lub też tylko wspomnianych. Przeważnie są to doniesienia o poszczególnych przypadkach, a jedynie w piśmiennictwie amerykańskim Cooke i Bell przytaczają ich większą ilość, bo aż 16, zestawionych przez Barron'a.

Cechą charakterystyczną tych zapaleń jest, że dotyczą najczęściej niemowląt i to głównie w pierwszym kwartale życia. Spostrzegany w naszej Klinice jedyny przypadek zapalenia opon, wywołany przez pałeczkę okrężnicową, wydaje się nam tym bardziej wyjątkowy, że czynnikiem wywołującym była tu odmiana pałeczki okrężnicowej, zwana *bacterium coli mutabile*, sama przez się z punktu widzenia bakteriologicznego godna uwagi, a dotąd w zapaleniu opon nieopisywana.

Przypadek ten, W. B. Nr 279/34, dotyczy 12-dniowego niemowlęcia, płci żeńskiej, karmionego piersią, u którego w czwartym dniu życia wystąpiła nagle gorączka, a następnie zaburzenia żołądkowo-jelitowe. W siódmym dniu choroby pojawiły się drgawki. Następnego dnia przyniesiono dziecko do Kliniki w stanie ciężkim. Powłoki skórne blade, sinawe, ciepłota ciała podgorączkowa, tętno bardzo przyspieszone, słabo napięte, wątroba macalna na $1\frac{1}{2}$ palca poniżej łuku, śledziona macalna tuż poniżej łuku żebrowego. Nadto zamroczenie, drgawki kloniczne kończyn i mięśni twarzy, kończyny górne przywiedzione, palce rąk zgięte, sztywne, ciemiączko wypuklone, napięte, odruch ścięgnisty kolanowy słabszy na nóżce prawej. Nakłuciem komory mózgowej lewej wydobyto 15 cm^3 płynu ropnego, zawierającego 13.500 ciałek białych w 1 mm^3, w tym 94%



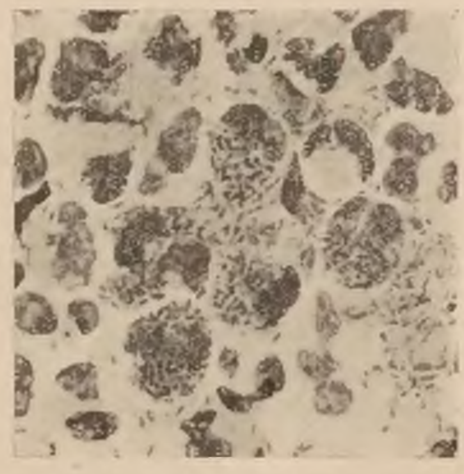
Ryc 1

Osad płynu mózg.-rdzen. barw. toluidyną. Powiększenie 1000:1. 8 dzień choroby. Zupełny brak fagocytozy tzn. pałeczki zarazka leżą prawie wyłącznie pozakomórkowo

leukocytów, 5% limfocytów, 1% nabłonków, białka 0.45%, chlorków 0.58%. W preparatach barwionych z osadu płynu stwierdzono liczne drobne pałeczki gramoujemne, o końcach zaokrąglonych, gdzieniegdzie posiadające delikatną otoczkę. Przeważnie były to krótkie pałeczki, niektóre jednak posiadały długość kilkakrotnie większą, niż szerokość. Większość ich leżała pozakomórkowo, a tylko nieznaczna ich część była pochłonięta przez ciałka białe. Mikroskopowo zatem nie można było rozpoznać tych drobnoustrojów. Można tu było myśleć o pałeczce Pfeiffera, jako stosunkowo najczęściej spotykanej pałeczce w zapaleniu opon u dzieci, jakkolwiek drobnoustroje omawiane niezupełnie odpowiadały typowym pałeczkom Pfeiffera, gdyż były znacznie grubsze. Ze względu na ciężki stan dziecka zdecydowano się na wstrzyknięcie dokomorowo surowicy przeciwgrypowej wieloważnej w ilości 10 cm^3. Surowica ta jednak nie wywarła żadnego wpływu leczniczego. Ropienie w płynie mózgowym zwiększało się gwałtownie, mianowicie w ciągu trzech następnych dni ilość ciałek białych wzrosła do 76.400 w 1 mm^3, a równocześnie wzmogła się fagocytoza. W preparatach barwionych można było obserwować dużo ciałek białych wprost naszpikowanych drobnoustrojami. W następnym dniu ropienie nagle zmniejszyło się do 30.000 ciałek białych w 1 mm^3, fagocy-

toza wyraźnie osłabła, a stan ogólny dziecka wybitnie pogorszył się. W nocy dziecko zmarło.

Próby zidentyfikowania zarazka napotykały początkowo na pewne trudności ze względu na nietypowe zachowanie się jego, zwłaszcza na pożywkach. Ruchomość samoistną posiadał w słabym tylko stopniu, w hodowli na agarze surowiczym w ciepłocie 37° wyrósł obficie w postaci kolonij średniej wielkości, okrągłych, gładkich, matowych, na bulionie w postaci jednolitego zmętnienia. Okazało się jednak, że drobnoustroje te rosną również dobrze na pożywkach zwykłych bez dodatku surowicy, a nawet w ciepłocie pokojowej. Próby fermentacyjne wykazały, że rozkładają one cukier gronowy, trzcinowy, słodowy i mannit. Natomiast nie rozkładały cukru mlecznego, serwatki lakmusowej nie czerwieniły, pożywki Rotbergera nie rozsadzały, nie czerwieniły też pożywki Endo. Na pożywce tej dopiero



Ryc. 2
Osad płynu mózg.-rdzen. barw. toluidyną. Powiększenie 1000:1. 11 dzień choroby. Wybitna fagocytoza tj. pałeczki zarazka są masowo pochłonięte przez ciałka ropne, rozpadające się

po trzech dniach na bladych, płaskich koloniach pojawiło się kilka wypukłych czerwonych kolonij wtórnych w postaci czerwonych guziczków. W dalszych przesiewach kolonie czerwone dawały tylko czerwone, kolonie zaś jasne odszczepiały zawsze pewną ilość czerwonych. Wobec tak typowego obrazu stało się jasnym, że mamy tu do czynienia ze szczepem pałeczki okrężnicowej, zwanym *bacterium coli mutabile.*

Nazwę tę nadali mu Neisser i Massini, którzy wyhodowali go z kału w przypadku ostrego zapalenia jelit i opisali jako odmianę pałeczki okrężnicowej, nie rozkładającą cukru mlecznego, a na pożywce Endo odszczepiającą po dwu do trzech dniach kolonie wtórne, rozkładające cukier mleczny w postaci charakterystycznych czerwonych guziczków. Zjawisko to uważali autorzy za objaw mutacji w zrozumieniu de Vries'a i przypisywali go wpływowi cukru mlecznego. Spostrzeżenie to stało się podstawą rozwoju nauki o zmienności wśród bakteryj i wywołało długotrwałą, ożywioną dyskusję na temat mutacji bakteryj. Ostatecznie zwyciężyło przekonanie, podnoszone już przez Benecke'go, Pringsheim'a i Lehmann'a, że pojęcie mutacji, dotyczące roślin i zwierząt wyższych, które rozmnażają się drogą rozrodu płciowego, nie da się zastosować do bakteryj, rozmnażających się wegetatywnie. Dla wyjaśnienia istoty zmienności wśród bakteryj przyjęto w ostatnich latach pojęcie rozszczepienia czyli dysocjacji, podane przez Gotschlich'a w roku 1924. Według tego autora zmienność form i cech, występująca w obrębie jednego gatunku bakteryj jest zjawiskiem analogicznym do zjawiska tautomerii w chemii. Jak w mieszaninie allotropowej jakiegoś ciała chemicznego istnieją jego dwie odmiany tautomeryczne, posiadające identyczny skład atomowy, a tylko różny układ tych atomów, tak i w protoplazmie komórki bakteryjnej mogą być zawarte zawiązki różnych form i cech bakteryj. Podobnie, jak w obrębie takich dwóch odmian tautomerycznych ciała chemicznego mogą zachodzić wewnątrzcząsteczkowe przesunięcia układu atomów, które powodują przechodzenie jednej odmiany w drugą, tak samo różne bodźce świata zewnętrznego mogą mieszaninę cech zawartych w plazmie bakteryjnej rozdzielić, rozszczepić, czyli zdysocjować i pewne z nich ujawnić.

Rozliczne badania zmienności wśród bakteryj wykazały, że rozszczepianie to występować może prawie u wszystkich gatunków bakteryj i dotyczyć może cech zarówno morfologicznych, jak biologicznych w różnym stopniu. Czynniki wywołujące to rozszczepienie mogą być natury fizycznej lub chemicznej, jak to podkreśla Eisenberg w swej obszernej monografii o zmienności wśród bakteryj na podstawie doświadczeń własnych oraz spostrzeżeń innych autorów. W szczególności jeśli chodzi o pałeczkę okrężnicową i jej odmianę *bacterium coli mutabile,* Penfold, Eisenberg i inni hodując je na pożywkach z dodatkiem różnych ciał chemicznych otrzymali odmiany, posiadające różne cechy tyczące fermentacyj węglowodanowych. Wreszcie Seiffert hodując typową pałeczkę okrężnicową na agarze z dodatkiem zieleni malachitowej 1/2000, otrzymał po pewnej ilości przesiewów odmianę nie fermentującą cukru mlecznego, która na pożywce Endo dawała kolonie jasne, bladoróżowe, a wśród nich po *2—3* dniach pojawiały się nieliczne kolonie czerwone. Kolonie te dawały w dalszych przesiewach tylko kolonie czerwone, kolonie zaś jasne odszczepiały zawsze pewną ilość czerwonych. Jakkolwiek nie wystąpił tu wcale obraz guziczkowania, to jednak musimy to uważać za doświadczalne stworzenie *bacterium coli mutabile.* Nazwa ta utrzymała się dotąd, mimo, że pojęcie mutacji w bakteriologii nie ostało się. Także pierwotne zapatrywanie, że odszczepianie *bacterium coli mutabile* przez pałeczkę okrężnicową jest uwarunkowane obecnością cukru mlecznego, okazało się niesłuszne, gdyż późniejsze badania Hübener'a i Römera wykazały, że szczep ten również na pożywkach z innymi węglowodanami może odszczepiać kolonie wtórne w postaci charakterystycznych guziczków.

Jak ze wspomnianych badań wynika, pewne czynniki mogą u typowych postaci bakteryj wywołać odszczepianie się odmian nietypowych, zdysocjowanych. Czynnikami tymi, działającymi dysgenetycznie mogą być różne ciała chemiczne, jak np. barwiki szkodliwe dla bakteryj lub czynniki fizyczne, jak zbyt niska lub wysoka ciepłota, wysychanie podłoża, zmniejszone ciśnienie, stężenie tlenu w atmosferze itp. Również w ustroju żywym mogą zdarzać się warunki działające dysgenetycznie na bakterie. Jakkolwiek działają one szkodliwie na bakterie, to jednak nie osłabiają ich zjadliwości, lub osłabiają ją tylko w nieznacznym stopniu, gdyż w różnych sprawach chorobowych nawet ciężkich spotyka się niezbyt rzadko zdysocjowane postacie bakteryj. Na pałeczkę okrężnicową w ustroju żywym dysgenetycznie działać może treść jelitowa, zwłaszcza przy zaburzeniach żołądkowo-jelitowych, kiedy stosunki fizyczno-chemiczne w treści jelitowej mogą ulegać daleko idącym zmianom. Większość nietypowych postaci pałeczki okrężnicowej wyhodowano ze stolca.

Mocz również może działać dysgenetycznie na pałeczkę okrężnicową, jak to wykazały badania doświadczalne Zajdla i Goldmann'a, głównie przez stężenie mocznika, kwasotę, a także niedostatek ciał odżywczych w moczu. Podobne spostrzeżenia poczynili Ławrynowicz, Piotrowska i Szymański, a w stosunku do innych bakteryj, jak np. pałeczki durowej, Bohdanowiczówna i Ławrynowicz. Gieszczykiewicz na *240* przypadków zakażenia dróg moczowych przez pałeczkę okrężnicową w *32* znalazł nietypową jej postać, w tym 8 razy *bacterium coli mutabile.* Autor ten podkreśla względną częstość występowania *bacterium coli mutabile,* jako czynnika chorobotwórczego w moczu, a przede wszystkim we krwi, gdyż w tym samym okresie czasu na 5 przypadków zakażeń ogólnych, wywołanych przez pałeczkę okrężnicową, w trzech znalazł postać jej nietypową, z tego dwa razy *bacterium coli mutabile.* Można by stąd przypuszczać, że i krew może oddziaływać dysgenetycznie na pałeczkę okrężnicową. Cenne spostrzeżenia podają Kostrzewski i Neugebauerowa, którzy w przypadku posocznicy, wywołanej przez pałeczkę okrężnicową — powikłanym ropnym zapaleniem opon i opłucnej — wyhodowali z krwi i wysięku opłucnowego typową pałeczkę okrężnicową, natomiast z płynu mózgowo-rdzeniowego trzykrotnie wyhodowali odmianę tej pałeczki, wyraźnie różniącą się właściwościami morfologicznymi, fermentacyjnymi i antygenowymi od szczepu z krwi i wysięku opłucnowego. Wynika z tego, że i płyn mózgowo-rdzeniowy może dysgenetycznie działać na pałeczkę okrężnicową.

Możliwym jest, że i w naszym przypadku płyn mózgowo-rdzeniowy wywołał przemianę pałeczki okrężnicowej w *bacterium coli mutabile.* Jakkolwiek doświadczalnie *in vitro* z wielką tylko trudnością udało się przeprowadzić typową pałeczkę okrężnicową w *bacterium coli mutabile,* to jednak możliwym jest, że zmiany fizyczno-chemiczne zachodzące w płynie mózgowo-rdzeniowym w ropnym zapaleniu opon, albo też przeciwnie początkowe ubóstwo płynu w składniki odżywcze mogą tego dokonać w ustroju żywym.

Niepomyślne zejście sprawy chorobowej w naszym przypadku przypisać można po pierwsze młodemu wiekowi dziecka, po wtóre zaś temu, że zakażenie wywołane było przez *bacterium coli mutabile.* Zauważyć bowiem można, że gatunki wybitnie chorobotwórcze, blisko spokrewnione z pałeczką okrężnicową, jak pałeczki duru brzusznego, durów rzekomych i czerwonki, tym się wyróżniają od pałeczki okrężnicowej, że cukru mlecznego nie fermentują. *Bacterium coli mutabile,* które własność tę ujawnia tylko w bardzo słabym stopniu, zajmuje skutkiem tego miejsce pośrednie między typową pałeczką okrężnicową, a tymi gatunkami chorobotwórczymi. Nic też dziwnego, że ta właśnie postać pałeczki okrężnicowej częściej występuje jako zjadliwy czynnik chorobotwórczy, niż szczepy typowe. Zresztą tak czy owak, zapalenie opon zwykłe ropne, zatem wywołane przez jakiekolwiek zarazki ropotwórcze — poza meningokokami — kończy się nawet u starszych dzieci, a tym bardziej u niemowląt, prawie bez wyjątku niekorzystnie w ciągu kilku dni.

Piśmiennictwo:

Bohdanowiczówna, Ławrynowicz: Med. Dośw. i Społ. Z. 5—6. 1932. — Cooke J. V., Bell H. H.: Monatschr. f. Kinderheilk. Ref. B. 26. S. 460. 1932. — Eisenberg Ph.: 1) Ergebnisse d. Immunitätsforsch. Orig. B. I. S. 28. 1914. 2) Zentralbl. f. Bakt. Orig. I Abt. B. 80. S. 385. 1918. — Gieszczykiewicz M.: Med. Dośw. i Społ. T. XVII. S. 318. 1933. — Goldmann J.: Med. Dośw. i Społ. T. XVI. 1932. — Gotschlich E.: Zentralbl. f. Bakt. Orig. I Abt. B. 93. S. 2. 1924. — Hübener: Zentralbl. f. Bakt. I Abt. Ref. 44 Beih. S. 136. 1909. — Kaufmann E.: Lehrbuch d. spez. path. Anatomie. Berlin. Walter de Gruyter, 1911. — Kostrzewski J. i Neugebauerowa F.: Pol. Gaz. Lek. Nr 14. 1928. — Lehmann E.: Zentralbl. f. Bakt. Orig. I Abt. B. 77. S. 289. 1916. — Ławrynowicz. Piotrowska, Szymański: Med. Dośw. i Społ. T. XIX. Z. 1—2. 1934. — Massini R.: Arch. f. Hygiene. B. 61. S. 251. 1907. — Neisser M.: Zentralbl. f. Bakt. I Abt. Ref. B. 38 Beih. S. 98. 1906. — Penfold W., przyt. przez Eisenberga: Ergebn. d. Immun. B. I. S. 61. 1914. — Römer A.: Zachowanie się szczepów bact. coli mutabile na pożywkach z różnymi węglowodanami. Zakład Bakt. U. J. Nakł. autora. Kraków, 1934. — Seiffert G.: przyt. przez Eisenberga: Ergebn. d. Immun. B. I. S. 65, 1914. — Zajdel A.: O dysgenetycznym wpływie moczu na pałeczkę okrężnicową. Zakład Bakt. U. J. Nakł. autora. Kraków, 1936.

Dr M. LEŃSKI Włocławek

Wiądowe przełomy żołądkowe (crises gastriques) w kile żołądka

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala św. Antoniego
Ordynator: Dr W. Piasecki

Kiła żołądka należy do schorzeń rzadkich, zwłaszcza anatomo-patolodzy zgodnie zaznaczają rzadkie występowanie zmian kiłowych w żołądku. Gemelin na 10.000 sekcyj stwierdził kiłę żołądka w dwóch przypadkach. Fränkel na 19.000 badań pośmiertnych — trzy razy, a Windholz na 386 sekcyj osób zmarłych na kiłę narządów wewnętrznych tylko w dwóch przypadkach mógł wykazać zmiany kiłowe w żołądku.

W statystykach klinicystów kiła żołądka zajmuje większy odsetek, aczkolwiek dane statystyczne autorów różnią się między sobą. Moutier na 8.000 osób dotkniętych chorobami przewodu pokarmowego stwierdził kiłę żołądka w 8 przypadkach, co stanowi 1‰.

Meyer na 1.800 prześwietleń żołądka stwierdził kiłę w pięciu przypadkach, a Schieber na 3.600 badań radiologicznych przewodu pokarmowego znalazł kiłę żołądka w dziesięciu przypadkach, co stanowi 3‰.

Większe znaczenie mają statystyki, dotyczące osób, dotkniętych kiłą. Stokes na 10.000 chorych na kiłę stwierdził kiłę żołądka u 60 chorych, co stanowi 6‰. Hill na 13.000 osób zakażonych kiłą znalazł kiłę żołądka tylko u pięciu osobników. Kiła żołądka rozpowszechniona jest najbardziej w Chinach, Japonii i Rosji, w mniejszym stopniu w krajach Europy Zachodniej.

W ostatnich latach przypadki kiły żołądka coraz częściej są opisywane, zwłaszcza autorzy amerykańscy zebrali duży kazuistyczny materiał.

Badanie rentgenowskie przyczyniło się w dużej mierze do wczesnego rozpoznania omawianego schorzenia. W ogóle jest to schorzenie rzadkie. Dotychczas ogłoszono 50 prac, opartych na danych badania histologicznego i 400 spostrzeżeń, w których rozpoznanie ustalono na zasadzie dodatniego odczynu Wassermanna, stwierdzenia zmian przy badaniu radiologicznym i dodatniego wpływu leczenia swoistego.

Kiła żołądka najczęściej występuje w trzecim okresie, rzadziej w drugim. W przypadku Kesera krwawe wymioty zjawiły się w 4 miesiące po wystąpieniu wrzodu pierwotnego i znikły pod wpływem leczenia swoistego.

Niekiedy schorzenie występuje w bardzo późnym okresie 40 lat po zakażeniu w przypadku Hayema. Rozpoznanie kiły żołądka wymaga stwierdzenia całego szeregu objawów zarówno klinicznych, jak i radiologicznych.

Dodatni odczyn Wassermanna nie przesądza kiłowej natury cierpienia żołądka. Prof. Udaondo z naciskiem podkreśla fakt współistnienia kiły z dobrotliwą albo złośliwą chorobą żołądka niekiłowego pochodzenia.

Badanie radiologiczne posiada bardzo duże znaczenie rozpoznawcze jedynie przy uwzględnieniu całokształtu obrazu chorobowego. Co dotyczy badania histologicznego, to ustalenie swoistości stwierdzonych zmian często natrafia na znaczne trudności, ponieważ nacieczenie komórkami plazmatycznymi, limfocytami, kwasochłonnymi itp. stwierdza się również w przewlekłych zapaleniach i we wrzodzie trawiennym.

Znalezienie krętka bladego w wycinkach żołądka potwierdza rozpoznanie, lecz zdarza się bardzo rzadko. W wyjątkowo rzadkich przypadkach można znaleźć krętka bladego w treści żołądkowej.

Niektórzy autorzy podają w wątpliwość swoistość znalezionych krętków w tkankach żołądka. Krętki te według tych autorów są pospolitymi krętkami z jamy ustnej, które spotykać można w raku i we wrzodzie żołądka. Kiłę żołądka cechuje wielopostaciowość zarówno pod względem anatomo-patologicznym, jak i klinicznym. Cały szereg autorów podjęło próbę podziału rozmaitych postaci kiły żołądka. Schlesinger rozróżnia trzy grupy:

1) nieżytową;
2) postacie nowotworowe, wrzodowe i marskie;
3) żołądek dwudzielny i zwężenie odźwiernika.

Dużo zwolenników zyskał ostatnio podział Hausmanna, oparty na podstawach anatomo-patologicznych. Wszystkie schorzenia kiłowe żołądka dzieli Hausmann na następujące pięć grup:

1) kiłowy nieżyt żołądka;
2) rozlane nacieczenie kilakowe, powodujące zgrubienie ściany żołądka;
3) kilaki i wrzody kiłowe;
4) postać bliznowata, jako zejście nacieków i wrzodów z następowym zwężeniem odźwiernika, albo wytworzeniem żołądka dwu- i trójdzielnego;
5) marskość żołądka *(linitis plastica)* ze znacznym zmniejszeniem jego pojemności, jako zejście rozlanego nacieczenia.

Z polskich autorów Landau i Held podają przejrzysty i zarazem wyczerpujący podział. Wszystkie kiłowe schorzenia żołądka mieszczą się w dwóch grupach. Pierwsza grupa obejmuje schorzenia organiczne ze zmianami anatomicznymi. Tu należą: a) nieżyt żołądka, b) wrzód kiłowy, c) kilaki i rozlane nacieczenie kilakowe, d) marskość żołądka — *linitis plastica,* e) postacie zniekształcające i zwężające żołądek.

Do drugiej grupy zalicza się schorzenia, będące wyrazem czynnościowych zaburzeń żołądka bez zmian anatomicznych. W tych przypadkach zmiany kiłowe występują w rozmaitych narządach (wątroba, tętnica główna, układ nerwowy). Chorzy jednakże odczuwają dolegliwości prawie wyłącznie w obrębie żołądka, przy czym dolegliwości żołądkowe opanowują całkowicie obraz chorobowy.

Obraz kliniczny

Trudno dać ogólny opis obrazu chorobowego dla kiły żołądka. Wielopostaciowość zmian anatomicznych znajduje odpowiednik w różnobarwnym obrazie klinicznym. Najiżejszą postacią kiły żołądka jest sprawa nieżytowa.

Kiłowy nieżyt żołądka. Chorzy narzekają na brak łaknienia, nudności, uczucie pełności oraz bóle w dołku podsercowym, niekiedy występują wymioty.

Badanie treści żołądkowej ma pierwszorzędne znaczenie. W dużym odsetku przypadków (50—60%) stwierdza się niedokwaśność, z nich 18% bezkwasu, rzadziej spotyka się normalną kwasotę i nadkwaśność. W treści żołądkowej znajdujemy dużo śluzu. Wydalenie czerwieni obojętnej jest opóźnione, niekiedy zupełnie go brak. Nieżyt kiłowy żołądka niezawsze powoduje

objawy podmiotowe. Nawet przy zupełnym braku kwasu solnego chory może nie odczuwać żadnych dolegliwości żołądkowych. Zaburzenia wydzielnicze występują już w okresie zmian drugorzędnych kiły. Wyżej wspomniane stosunki liczbowe niedokwaśności i bezkwasu zachowują się i w trzecim okresie kiły. W wiądzie rdzenia spotyka się heterochylię (niedokwaśność i nadkwaśność występująca na przemian). Zmiany śluzówki mogą być uwidocznione w obrazie kształtu żołądka. Jako patologiczne należy uważać według prof. Udaondo (*Les gastropathies des syphilitiques*, p. 57) zmiany następujące: nienormalna szerokość fałdów, wybitnie zaznaczona ich krętość, spłaszczenie aż do zupełnego zniknięcia wypukłości, prosty kierunek fałdów, przerwa w nich. Zmiany powyższe świadczą jedynie o istnieniu nieżytu żołądka, nie przesądzając natury samego schorzenia.

Nieżyt kiłowy żołądka może spowodować obfite krwawe wymioty, jako wyraz krwotocznego zapalenia śluzówki bez widocznych owrzodzeń, przynajmniej w obrazie radiologicznym. Krwawienia w tych wypadkach występują *per diapedesin*.

Prawie wszyscy autorzy zgodnie zaznaczają, że niedokwaśność i nawet bezkwas szybko ustępują pod wpływem leczenia swoistego, jeżeli leczenie rozpoczęto we wczesnym okresie. W późniejszych okresach wyniki leczenia są mniej zadowalające. Jedyny Moutier podaje, że u swoich 80 chorych na nieżyt kiłowy żołądka nie mógł osiągnąć przy pomocy leczenia swoistego pomyślnego wyniku. Pierwszy przypadek dobroczynnego wpływu swoistego leczenia na nieżyt kiłowy żołądka był opisany 100 lat temu przez francuskiego klinicystę Andrala. Przypadek dotyczył chorej lat 29, która narzekała na bóle w dołku podsercowym i wymioty.

Stan chorej pogarszał się z dnia na dzień i doprowadził ją do znacznego wyniszczenia. Wszystkie stosowane środki były bezskuteczne. Pewnego dnia chora zaczęła narzekać na ból w gardle. Przy badaniu stwierdzono na tylnej ścianie krtani owrzodzenie kiłowe. Po zastosowaniu rtęci w postaci wcierek stan chorej uległ szybkiej poprawie.

Co do patogenezy nieżytu kiłowego żołądka, to większość autorów jest zdania, że w grę wchodzi jedynie czynnik toksyczny, natomiast odrzucają możliwość bezpośredniego zaatakowania błony śluzowej żołądka przez krętek blady.

Kilaki żołądka. Bardzo często kiła żołądka występuje w postaci kilaków. Jest to postać rzekomo nowotworowa, która symulując rak żołądka, często daje powód do pomyłek rozpoznawczych. Opisano cały szereg przypadków, gdzie chorzy byli skierowani na operację z rozpoznaniem raka żołądka. Przy operacji stwierdzono guz, a dopiero histologiczne badanie wykazało, że to nie rak, ale kilak. W całym szeregu przypadków choroba przebiega bez wyniszczenia, niekiedy chorzy mają nawet dobry wygląd. Jest to ważna cecha, pozwalająca na odróżnienie od raka żołądka. O tych chorych Hermann wyraził się, że „rak jest w żołądku, lecz nie u chorego".

Nie wszyscy jednak chorzy utrzymują wagę ciała na normalnym poziomie. Niekiedy chorzy chudną i to nawet w bardzo silnym stopniu.

U chorego opisanego przez Grahama spadek wagi wynosił 40 kg. Chory opisany przez Udaondo stracił 17 kg.

Kilaki żołądka rozwijają się zarówno w wieku młodym, jak i podeszłym. Chora Adlera miała 22 lat, a chora Wagnera 75 lat.

Kilaki mogą być w jednym miejscu albo mnogie, różnych rozmiarów od łepka szpilki do wielkości pięści.

Kilaki rozwijają się początkowo w warstwie podśluzowej, szerząc się w kierunku błony śluzowej, wpuklając się w światło żołądka. Błona śluzowa ulega ścieńczeniu, a czasem i przedziurawieniu, co prowadzi do wytworzenia się wrzodu kiłowego.

W odróżnieniu od wrzodu trawiennego wrzód kiłowy ma szeroką podstawę w warstwie podśluzowej i zwęża się w kierunku światła żołądka, natomiast we wrzodzie trawiennym stosunki są odwrotne, gdyż wierzchołkiem jest zwrócony ku błonie surowiczej.

Wrzody kiłowe są samotne albo mnogie. W przypadku Frenkla liczba ich dochodziła do 13, a w przypadku Meschede było nawet 51. Wrzody usadawiają się w różnych odcinkach i niekiedy zajmują duży obszar. Pod względem histologicznym najbardziej charakterystyczne są zmiany anatomiczne w naczyniach krwionośnych (*endophlebitis, endoarteriitis obliterans, periarteriitis)*.

Świeże kilaki są miękkie i wobec tego w większości przypadków niedostępne do wymacania. W całym szeregu przypadków stwierdzono jednakże przy obmacywaniu guz albo rozlany opór.

Rozlane nacieczenie kilakowe powoduje znaczne zgrubienie ściany żołądka (do 2 cm).

Postać ta zdarza się znacznie rzadziej, niż kilaki. Często występujące kurczenie i bliznowacenie rozrastającej się tkanki łącznej prowadzi do kiłowej marskości żołądka. Na czoło objawów podmiotowych wysuwają się skargi chorych na bóle w dołku podsercowym, występujące niezależnie od przyjmowania pokarmów i nasilające się w nocy. Zjawiają się również nudności, niekiedy i wymioty. Apetyt zachowany. Badanie treści żołądkowej wykazuje bardzo często brak wolnego kwasu solnego. Jest rzeczą zrozumiałą, że w tych przypadkach, zwłaszcza przy macalnym guzie wyłaniają się trudności różniczkowo-rozpoznawcze między kilakiem a złośliwym nowotworem. Brak charłactwa i znacznej niedokrwistości, limfocytoza w obrazie białych ciałek krwi i brak długich pałeczek Oppler-Boasa w treści żołądkowej przemawiają za kiłą żołądka.

Według Landaua przesunięcie wzoru leukocytów w lewo przemawia z dużym prawdopodobieństwem za rakiem. Krwawe wymioty i utajona krew w kale mogą wystąpić również w kile żołądka.

Cechą charakterystyczną dla kiły żołądka jest wszakże znikanie utajonej krwi w kale i pojawienie się wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej pod wpływem leczenia swoistego, czego nigdy nie spostrzega się w raku. Należy zaznaczyć, że opisane są przypadki współistnienia zmian kiłowych w żołądku z rakiem. Godny uwagi jest pod tym względem przypadek Liona. U chorego lat 42 stwierdzono duży guz żołądka z brakiem kwasu solnego w treści żołądkowej. Chory był leczony intensywnie rtęcią, co spowodowało zniknięcie guza. Po kilku miesiącach u chorego stwierdzono ponownie guz żołądka, tym razem rak.

W obrazie radiologicznym kilak rysuje się jako ubytek cienia ostro odgraniczony od zarysu ściany żołądka. Ubytek cienia najczęściej bywa usadowiony w części przyodźwiernikowej, rzadziej w środkowej części żołądka. Pod wpływem leczenia swoistego ubytki cienia nawet dużych rozmiarów znikają, jeżeli nie doszło do bliznowacenia. Prześwietlenie rentgenowskie wykazuje brak ruchów robaczkowych w dotkniętej części żołądka i osłabienie ruchów robaczkowych w innych odcinkach. Cechą charakterystyczną jest również niedomoga odźwiernika z szybkim przechodzeniem treści do dwunastnicy. Zaleganie treści żołądkowej spotyka się w kile znacznie rzadziej, niż w raku. W żołądku mogą być przewężenia, jednakże z powodu braku kurczów w dotkniętych częściach treść żołądkowa łatwo przechodzi przez wąskie kanały. Zwężenie odźwiernika albo środkowej części trzonu żołądka sprowadza rozszerzenie dolnego odcinka przełyku. Objaw ten ma znaczenie rozpoznawcze, ponieważ nie spotyka się w raku ani we wrzodzie trawiennym. Jeżeli dochodzi do owrzodzeń, to chorzy chudną i często mają obfite krwawe wymioty. Bóle są o znacznym natężeniu i występują często w nocy.

Chory Rosanowa miał w ciągu 8 lat bóle nocne, które ustąpiły po swoistym leczeniu w ciągu 6 tygodni.

Z klinicznych objawów najstalszym i najbardziej charakterystycznym jest niedokwaśność albo zupełny brak kwasu solnego w treści żołądkowej. Leczenie przeciwkiłowe w większości przypadków jest skuteczne. Kilaki, nacieki i wrzody, ulegając bliznowaceniu, powodują wytworzenie się przewężeń w żołądku. Jeżeli zwężeniu ulega część odźwiernikowa, żołądek przybiera kształt butli skórzanej albo manierki. Odźwiernik zamienia się na sztywną rurę, nie przewodzi ruchów robaczkowych. Przez otwarty odźwiernik papka kontrastowa szybko przechodzi do dwunastnicy. Jeżeli przewężenia powstają w trzonie żołądka, wytwarza się dwu- albo trójdzielny żołądek z dwiema lub kilkoma komorami. Kanały, łączące poszczególne komory mają zarys ostry i gładki bez zazębień i są otwarte, czym się tłumaczy brak zalegości w żołądku. Gładki zarys kanałów jest cechą znamienną dla rozpoznania różniczkowego, gdyż przemawia przeciw rakowi. Również brak zalegości w żołądku pozwala na odróżnienie od raka. W polskim piśmiennictwie przypadki dwudzielnego żołądka na tle kiły opisali Schieber i Steinhardt. Przypadek Schiebera dotyczył chorego lat 37, który od 3 lat cierpiał na gniecenie w dołku podsercowym, nudności i wymioty.

Przy badaniu oporu, guzowatości w nadbrzuszu nie stwierdzono, jedynie tkliwość uciskową. Odczyn Wassermana we krwi dodatni. Badanie rentgenowskie wykryło dwudzielny żołądek o małych komorach i bardzo długim kanale łączącym. Pod wpływem leczenia przeciwkiłowego zmiany zaczęły się cofać. Żołądek rozszerzył się, przybierając kształt sztywnej rury o jednakowej średnicy, nie przewodzącej fal ruchu robaczkowego. Objawy podmiotowe ustąpiły.

Godny uwagi jest przypadek Steinhardta. Dotyczy on młodego osobnika, lat 17, ucznia szkoły średniej, który od 3 lat miał bóle w dołku podsercowym i wymioty po jedzeniu. Dolegliwości chorego były tego rodzaju, że sam wyczuł istnienie dwudzielnego żołądka. W sposób bardzo dokładny opisuje swoje wrażenia po spożywaniu pokarmów. Pokarm dostaje się do małej komory. Po pewnym czasie zawartość przelewa się przez rurkę do niżej położonej komory. Niekiedy stąd przechodzi do trzeciej komory.

Przy badaniu zwrócono uwagę na liche uzębienie, przypominające typ Hutchinsona i na liczne blizny dookoła warg i na brodzie, co budziło podejrzenie kiły wrodzonej.

Odczyn Wassermanna we krwi wybitnie dodatni (++++). Prześwietlenie rentgenowskie wykazało żołądek trójdzielny, przy czym poszczególne komory łączyły się między sobą długimi kanałami. Po przebytym leczeniu przeciwkiłowym prześwietlenie rentgenowskie wykazało znaczne rozszerzenie światła żołądka i kanalików. Dolegliwości podmiotowe ustąpiły zupełnie.

Linitis plastica. Jako zejście bliznowacenia rozlanego nacieczenia żołądka powstaje żołądek marski (*linitis plastica*). Żołądek jest mały o ścianach znacznie zgrubiałych. W jednym przypadku długość żołądka wynosiła 9 cm, a szerokość 6 cm. Chorzy narzekają na uczucie pełności w żołądku, które występuje już po spożyciu nieznacznej ilości pokarmów. Po posiłku obfitszym łatwo dochodzi do wymiotów. Bóle są zwykle nieznaczne. Chorzy są bladzi, odżywienia upośledzonego. W treści żołądkowej stwierdza się podkwaśność, albo zupełny brak wolnego kwasu solnego. Jak widzimy obraz kliniczny przypomina raka żołądka. Jednakże brak macalnego guza i utajonej krwi w kale pozwala na odróżnienie od raka.

W obrazie radiologicznym żołądek rysuje się w postaci sztywnej rury, nie przewodzącej ruchów robaczkowych o zarysach gładkich, bez zazębień z odźwiernikiem zawsze otwartym. Dolny odcinek przełyku często bywa rozszerzony. *Linitis plastica* często występuje na tle kiły wrodzonej. Pod wpływem leczenia swoistego ustępują objawy podmiotowe, czynność wydzielnicza żołądka wraca do normy.

Co się tyczy obrazu radiologicznego, to opisane są przypadki, gdzie żołądek przybierał kształt normalny, albo przynajmniej zbliżony do normalnego. W większości przypadków obraz radiologiczny nie ulega zmianie, aczkolwiek dolegliwości ustępują zupełnie.

Odczynowe zaburzenia żołądkowe w kile układu nerwowego

Dotychczas omawialiśmy rozmaite postacie kiły żołądka ze zmianami organicznymi w żołądku. W całym szeregu przypadków jednakże zaburzenia żołądkowe mogą być bardzo silnie zaznaczone, aczkolwiek żadnych zmian organicznych nie stwierdza się. Są to zaburzenia żołądkowe w przebiegu kiły układu nerwowego.

Rozróżniamy trzy postacie:

1) wiądowe przełomy żołądkowe;
2) *gastro-radiculitis luetica;*
3) *coelialgia luetica.*

Dla wiądowych przełomów żołądkowych charakterystyczne są następujące cechy: okresowość, nagłe zjawianie się i ustąpienie objawów, gwałtowny charakter napadów, brak obrony mięśniowej i bolesności uciskowej w obrębie żołądka, stwierdzenie ogólnych objawów wiądu rdzenia (Argyll-Robertson, brak albo osłabienie odruchów ścięgnistych, zaburzenia czucia itp.). Po ustąpieniu napadu chory czuje się zupełnie dobrze. Wiądowe przełomy żołądkowe mogą wystąpić jako wczesny objaw, kiedy brakuje jeszcze typowych objawów wiądu rdzenia albo są ledwo zaznaczone.

Wiądowe przełomy żołądkowe często są powodem pomyłek rozpoznawczych i chorzy nierzadko poddani są bezużytecznie laparotomii.

Nusum przestudiował 1.000 przypadków wiądu rdzenia. 97 chorych poddanych było niepotrzebnie laparotomii. W statystyce Stokes'a i Brown'a odsetek niepotrzebnych laparotomii u tabetyków wynosi 18%, a w statystyce Woltmanna sięga nawet 50%.

Pod względem klinicznym odróżniają trzy postacie wiądowych przełomów żołądkowych.

1. Przełomy przebiegające z niepowściągłymi wymiotami bez bólów. Wymioty mogą trwać kilka dni, a nawet kilka tygodni.

2. Przełomy żołądkowe w postaci przeszywających bólów bez wymiotów.

3. Postać mieszana, najczęściej spotykana przebiega z bólami i wymiotami.

Opisane są przypadki współistnienia wiądu rdzenia z wrzodem trawiennym.

Schuller sądzi, że zwyrodnienie tylnych powrózków rdzenia może wywołać zmiany odżywcze w śluzówce żołądka z następową martwicą.

Przełomy są częste i długotrwałe. Cechą charakterystyczną jest brak obrony mięśniowej i bolesności uciskowej w czasie napadu. Podczas przełomów wiądowych niekiedy występują obfite krwawe wymioty. Są to tak zwane „*crises noires*". Te ostatnie bywają jednakże tylko w czasie napadu, nigdy w okresie wolnym od napadów, czym się różnią od wymiotów krwawych z powodu wrzodu trawiennego. Badanie rentgenowskie nie wykrywa cech owrzodzenia.

Opisane są przypadki wrzodu trawiennego, przebiegającego z przeszywającymi bólami rzekomo-wiądowymi. Napady bólowe występują nagle i idą w parze z niepowściągłymi wymiotami. Brak objawów kiły sprowadza rozpoznanie na właściwe tory. Leczenie przeciwwrzodowe w tych przypadkach jest skuteczne.

Co się tyczy leczenia wiądowych przełomów żołądkowych, to większość autorów zgodnie zaznacza ich oporność na leczenie swoiste, aczkolwiek w nielicznych przypadkach nastąpiła poprawa. Podczas napadów stosują środki przeciwbólowe i przeciwskurczowe. Niektórzy radzą dożylne wstrzykiwania atropiny 2—6 mg dziennie.

Meyer stosował *Atophanyl* domięśniowo, albo dożylnie z dobrym skutkiem. Prof. Marburg radzi wakcyneurynę, a prof. Hauptman wypuszcza 90 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego z następowym wpuszczeniem powietrza. Wychodzi on z tego założenia, że w płynie mózgowo-rdzeniowym gromadzą się ciała drażniące, wywołujące napad.

Koresios i Negro w 13 przypadkach przełomów wiądowych stosowali jad kobry w dawkach mniejszych niż 0,1 mg. W 11 przypadkach nastąpiła poprawa.

Udaondo u dwóch chorych nie mógł potwierdzić korzystnego wpływu jadu kobry. Bardzo często wszystkie środki zawodzą i jedynie morfina przynosi ulgę. Prof. Stransky w przypadkach opornych na leczenie radzi operację Förstera, polegającą na przecinaniu tylnych korzonków D_7—D_{10}.

Stosują również przykręgowe wstrzykiwania 1% nowokainy w obrębie D_5—D_9. Proponowano również wyłuszczenie splotu słonecznego, przecięcie nerwu błędnego pod przeponą albo nerwów trzewnych. Wyniki tych zabiegów są wątpliwe.

Zespół żołądkowo-korzonkowy

Gastro-radiculitis

U niektórych tabetyków schorzenie żołądkowe występuje nie w postaci przełomów, lecz jako ból stały w dołku podsercowym o różnym nasileniu.

Ból promieniuje do lewego, niekiedy i do prawego podżebrza, również i do kręgosłupa. W żołądku brak zmian organicznych przy badaniu rentgenowskim. Według autorów, którzy wyodrębnili omawiany zespół jako szczególną postać, cechami charakterystycznymi w odróżnieniu od przełomów żołądkowych, są: 1) przewlekły charakter bólów, 2) brak wymiotów 3) korzystny wpływ swoistego leczenia. Na skórze klatki piersiowej i brzucha stwierdza się przeczulicę albo zmniejszenie czucia bólowego.

W płynie mózgowo-rdzeniowym znajdujemy dodatni odczyn Nonne-Apelta, zwiększoną ilość limfocytów w osadzie i dodatni odczyn Wassermanna.

Podłożem anatomicznym schorzenia mają być zmiany w korzonkach. Dotychczas jednakże brak potwierdzenia anatomopatologicznego. Objawy wiądu rdzenia w niektórych przypadkach są wybitne, natomiast w innych są ledwo zaznaczone.

Coelialgia luetica

Pod tą nazwą Turriès opisał zespół chorobowy, który cechuje się bólami w nadbrzuszu o różnym natężeniu. Bóle występują w nieregularnych odstępach w postaci napadów. W okresie międzynapadowym chorzy czują się dobrze.

Przy badaniu przedmiotowym nie stwierdza się żadnych objawów wiądu rdzenia.

Również w płynie mózgowo-rdzeniowym brak zmian. Jako podłoże anatomiczne Turriès przyjmuje zmiany w splocie słonecznym i unerwieniu wegetatywnym jamy brzusznej.

Po omówieniu różnych postaci kiły żołądka, przechodzę do opisu spostrzeganego przeze mnie przypadku, który przedstawia kojarzenie organicznych zmian w żołądku z wiądowymi przełomami, co jest rzadkością.

Chory J. T., lat 50, emerytowany posterunkowy, przybył do Oddziału dnia 2. XII. 1936 r. z powodu silnych bólów w dołku podsercowym o charakterze napadowym. Bóle występują przeważnie w nocy i nie stoją w związku ze spożywaniem pokarmów.

Po napadzie chory czuje się dobrze i nie odczuwa żadnych dolegliwości. Choruje od grudnia 1934 r. Służył wtedy w policji. Pewnego dnia, po spędzeniu 48 godzin bez snu dostał nagle wymiotów. Po 3 godzinach wystąpiły bóle w dołku podsercowym.

Bóle powtarzały się codziennie, niezależnie od przyjmowanych pokarmów, trwały 2—3 godziny i promieniowały ku plecom. Leżał w łóżku w ciągu 3 miesięcy. W kwietniu 1935 r. nastąpiła poprawa. W maju mógł przystąpić do pracy. W grudniu został przeniesiony na emeryturę. W styczniu 1936 r. napady znowu zaczęły dokuczać choremu, powtarzając się co 1—2 tygodnie. W listopadzie nastąpiło pogorszenie. Napady występowały codziennie, przeważnie w nocy między godziną 22 a 3. Wstrzykiwanie morfiny sprowadzało szybkie ustąpienie napadu. Chory żonaty, ma dwoje zdrowych dzieci w wieku 16 i 20 lat. Przed 15 laty przechodził chorobę weneryczną, nie wie dokładnie co to była za choroba. Leczony był zastrzykami dożylnymi i domięśniowymi. Od tego czasu leczony nie był.

Żadnych innych chorób nie przechodził. Pił i palił umiarkowanie. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Stan obecny. Chory budowy prawidłowej, odżywienia dobrego. Skóra i widoczne błony śluzowe zabarwione normalnie. Język obłożony białawo-szarawym nalotem. Gruczoły szyjne, karkowe niemacalne, pachowe wielkości grochu, pachwinowe obustronnie powiększone, wielkości fasoli.

Gardziel bez zmian. Ciepłota 37,2—37,4°. Tętno 90/min., miarowe, średnio wypełnione. Liczba oddechów 20 na minutę.

Płuca bez szczególnych zmian.

Serce w granicach prawidłowych. Tony głuchawe. Ciśnienie krwi: maks. — 100, min. — 65. Cień tętnicy głównej przy prześwietleniu rentgenowskim nieco rozszerzony *in toto.*

Jama brzuszna. Przy obmacywaniu stwierdza się w nadbrzuszu jedynie nieznaczną bolesność, natomiast obrony mięśniowej ani guzowatości nie wyczuwa się zarówno w nadbrzuszu, jak i na pozostałym obszarze jamy brzusznej. Wątroba i śledziona niemacalne.

Układ nerwowy. Gałki oczne osadzone prawidłowo, ruchomość zachowana. Źrenice okrągłe, nierówne, lewa źrenica szersza. Na światło oddziaływują bardzo leniwie, na akomodację dobrze. Przy patrzeniu chorego na boki stwierdza się oczopląs poziomy, o drobnych wahaniach. Odruchy brzuszne, kolanowe żywe; ze ścięgna Achillesa obustronnie osłabione. Odruch podeszwowy lewy bardzo żywy, lekkie podrażnienie wywołuje drżenie stopy i podudzia. Babiński — niewyraźny. Romberg — ujemny. Niezborności rdzeniowej — brak. Czucie wszelkiego rodzaju zachowane.

Treść żołądkowa. Po próbnym śniadaniu Ewald-Boasa: HCl wolny — 15. Ogólna kwasota — 30.

Mocz bez składników patologicznych.

Kał. Krwi utajonej ani jaj pasożytów nie stwierdzono.

Morfologiczne badanie krwi. Hemoglobiny — 80%. (Sahli). Ciałek czerwonych 4,050.000. Ciałek białych 8.400. Wzór Schillinga: B. — 0, E. — 1, Pał. — 8, Segm. — 61, Limf. — 27, Mon. — 3.

Odczyn Wassermanna we krwi dodatni (+++).

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: Nonne-Apelt ++· Pandy ++; Wassermann ++++. 9 limfocytów w 1 mm³.

Odczyn benzoesowy 121000000000000.

Leczenie dietetyczne i stosowanie środków przeciwkurczowych (papaweryna) dały słaby wynik. Prześwietlenie rentgenowskie żołądka wykazało zniekształcenie niespotykane w żadnej ze znanych nam chorób żołądka (dr G o ł ę b i o w s k i).

Dnia 15. I. rozpoczęto leczenie swoiste neosalwarsanem i bizmutem.

Przed i w czasie leczenia chory codziennie dostawał napadów gwałtownych bólów w nadbrzuszu z promieniowaniem ku lewemu podżebrzu, przeważnie w nocy między godziną 22 a 3. Bóle były tak gwałtowne, że nie można się było obejść bez morfiny. Pierwszy zastrzyk morfiny (0,02) stosowany na początku napadu powodował ustąpienie bólów jedynie na kilka godzin. W godzinach rannych napad występował ponownie i chory dostawał morfinę po raz drugi. Chory podaje, że podczas napadu energiczne mięsienie okolic podłopatkowych w dół, aż do krzyża sprowadzało pewną ulgę. Przerwanie mięsienia wywoływało jednakże wznowienie się bólów.

Po ustąpieniu napadu chory czuł się dobrze i na żadne dolegliwości żołądkowe nie narzekał. Leczenie swoiste zrazu nie dało żadnego polepszenia. Po 12 zastrzykach bizmutu i 2,0 neosalwarsanu wynik leczniczy był nieznaczny. Chory bez morfiny nie mógł się obejść. Dopiero po 2,5 neosalwarsanu zaznaczyła się poprawa.

Dnia 7. II. po raz pierwszy chory nie domagał się wstrzykiwania morfiny. Odtąd chory więcej narkotyków nie dostaje, może wszystko jeść i bólów nie miewa.

Dnia 20. II. powtórne badanie treści żołądkowej po próbnym śniadaniu wykazało: HCl wolny — 45. Ogólna kwasota — 70.

Dnia 28. II. powtórne zdjęcie rentgenowskie żołądka wykazało, że żołądek przybrał kształt normalny.

Dnia 8. III. źrenice oddziaływują na światło. Lewa źrenica szersza. Odruch ze ścięgna Achillesa udaje się wywołać obustronnie. Brak zaburzeń czucia.

Dnia 10. III. chory czuje się zupełnie dobrze i wypisał się ze szpitala na własne żądanie.

Dnia 17. III. Chory dostał w domu o godzinie 4 popołudniu gwałtownego napadu, w 5½ tygodni po ostatnim napadzie w szpitalu.

O godzinie 10 wieczorem zostałem zawezwany do chorego. Przy badaniu stwierdzono, co następuje: chory odczuwa ból w dołku podsercowym, promieniujący do lewego i prawego podżebrza i wymiotuje żółcią. Obmacywanie okolicy żołądka wykazuje nieznaczną tkliwość uciskową w linii środkowej, tuż poniżej wyrostka mieczykowatego. Źrenice na światło oddziaływują, odruch ze ścięgna Achillesa po prawej stronie zachowany, po lewej brak. Ciśnienie krwi: maks. — 160, min. — 100. Wstrzyknięto 2 cm³ cibalginy i 1 cm³ atropiny, które nie dały żadnego skutku. Dopiero morfina w dawce 0,03 spowodowała ustąpienie napadu.

W ciągu 3 dni chory czuł się zupełnie dobrze.

Dnia 21. III. napad zjawił się ponownie, lecz po energicznym mięsieniu ustąpił bez wstrzykiwania morfiny. Nazajutrz chory czuł się zupełnie zdrów.

Od dnia 27. III. chory codziennie dostaje napadów. Wstrzykiwania cibalginy, antypiryny i atropiny pozostają bez skutku. Jedynie kilkakrotne wstrzykiwania morfiny (0,06 w ciągu doby) przynosi ulgę. Wobec tego chory zgłosił się po raz drugi do szpitala.

Dnia 3. IV. gwałtowne bóle. Chory otrzymał atropinę, antypirynę, *chloral. hydrat.* w lewatywie. Bóle nie ustępują. Wstrzyknięto 0,03 morfiny, wówczas bóle złagodniały.

Dnia 4. IV. gwałtowny napad z krwawymi wymiotami. Wstrzyknięto morfinę, która dała ulgę, jedynie na kilka godzin. W ciągu doby napady powtarzały się kilkakrotnie i chory otrzymał 0,08 morfiny, jako dawkę dobową.

Dnia 5. V. rozpoczęto leczenie przeciwkiłowe wcierkami rtęci i neosalwarsanem. Poza tym naświetlania okolic podłopatkowych lampą „Sollux".

Chory otrzymał 30 wcierek (90,0 *ung. cinerei*), 3,5 neosalwarsanu i 25 naświetlań lampą Solluxa. Pomimo intensywnego leczenia swoistego nie zdołano uzyskać ustąpienia napadów. Co prawda natężenie napadów zmniejszyło się w znacznym stopniu, mimo to chory codziennie w nocy między godziną 22 a 3 miewał napad, który rozpoczynał się uczuciem „ssania" w okolicy żołądka i szybko osiągał gwałtowne natężenie. Żadne stosowane środki kojące i przeciwskurczowe nie zdołały ani zapobiec, ani przerwać napadu. Jedynie morfina w dawce 0,02 działała kojąco: w 15 minut po wstrzyknięciu morfiny chory był wolny od napadu i czuł się dobrze.

Ciśnienie krwi w czasie napadów było mierzone dwukrotnie. W obu razach stwierdzono maks. — 110, min. — 65. Widzimy więc, że obecnie chory nie odpowiadał podwyższeniem ciśnienia, jak to bywało podczas napadu dnia 17. III.

Dnia 15. V. chory wypisał się ze szpitala bez znacznej poprawy. Zaznaczyła się natomiast poprawa odruchów źrenicznych i ze ścięgna Achillesa, które stały się żywsze.

Pozostała jednakże nierówność źrenic. Również przyspieszenie tętna nie uległo poprawie, pomimo stosowania środków nasercowych. Wygląd chorego był bardzo dobry i patrząc na tego człowieka, trudno było podejrzewać, że codziennie znosi katusze straszliwego cierpienia.

Dnia 20. V. chory wrócił ponownie do szpitala z pogorszeniem. Napady bardzo częste, kilka razy dziennie. Choremu wstrzyknięto 0,6 neosalwarsanu.

Od dnia 21—30 V. napady powtarzają się kilkakrotnie w ciągu dnia.

Po wypróbowaniu zwykle stosowanych środków bez wyniku, postanowiłem zastosować szczepionkę durową, która ostatnio była zalecana w całym szeregu chorób (choroba Bürgera, dychawica oskrzelowa, choroba Raynauda).

Dnia 2. VI. wstrzyknięto 0,25 szczepionki durowej P. Z. H. Brak odczynu gorączkowego.

W dniach 2—7. V. napady powtarzają się codziennie, aczkolwiek nieco lżejsze. Wstrzykiwania dialu i perparyny pozostają bez skutku.

Dnia 7. VI. silny napad z żółciowymi wymiotami. Wstrzykiwanie 4 cm³ perparyny nie przynosi ulgi. Źrenice nierówne, na światło nie oddziaływują. Ciśnienie krwi maks. — 100, min. — 65. Obniżenie czucia w obrebie przedniej i bocznej części klatki piersiowej od V żebra w dół. Od tyłu czucie bólowe niezmienione. Wstrzyknięto 0,5 szczepionki durowej.

W dniach 8—11. VI. napady nieco słabsze, występują codziennie.

Dnia 12. VI. wstrzyknięto 1,0 szczepionki durowej. Chory nie oddziaływał wzniesieniem ciepłoty.

Dnia 13. VI. Szczepionka durowa nie dała skutku.

Rozpoczęto leczenie wstrzykiwaniem 25% rozczynu *Magnesii sulfurici*. Co drugi dzień chory otrzymuje 10 cm³.

W dniach 14—17. VI. wstrzykiwania *Magn. sulf.* nie wywierają żadnego wpływu na napady.



Żołądek przed leczeniem przeciwkiłowym

Dnia 18. VI. podczas napadu wstrzyknięto 2,0 propidonu. Napad ustąpił. Po 6 godzinach ciepłota podskoczyła do 38,2°. Chory czuł się dobrze przez cały dzień.

Dnia 19. VI. napady wznowiły się.

Dnia 20. VI. wstrzyknięto 2,0 propidonu. Bóle mniejsze.

Dnia 23. VI. choremu wstrzyknięto 3,0 propidonu. Ciepłota 37,3°. Czuje się lepiej, bóle mniejsze. Badanie czucia bólowego wykazało znaczne zmniejszenie na obszarze, odgraniczonym u góry linią poziomą, przebiegającą od brodawki sutkowej poprzez kąt lewej łopatki do kręgosłupa, a u dołu grzebieniem kości biodrowej poprzez kolec biodrowy przedni górny do linii środkowej ciała.

Dnia 24. VI. wstrzyknięto 4,0 propidonu. Po sześciu godzinach ciepłota podniosła się do 37,2° bez dreszczy. Wieczorem ciepłota wróciła do normy. Wobec nieznacznego wyniku propidonu, rozpoczęto leczenie witaminą C w postaci tabletek Redoxonu. W ciągu trzech tygodni chory otrzymał 60 tabletek. Napady występują rzadziej, a bóle są o mniejszym natężeniu.

W dniach 20. VII.—15. VIII. chory nadal otrzymuje Redoxon, sam domaga się tych tabletek, które „przynoszą mu dużą ulgę". Apetyt bardzo dobry, samopoczucie i wygląd chorego doskonałe. Po odstawieniu Redoxonu napady występują 2—3 razy na dobę i są gwałtowniejsze.

Dnia 18. VIII. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

Dnia 19 i 20. VIII. choremu wstrzyknięto Betabion po 1 ampułce dziennie. Zastrzyki nie spowodowały złagodzenia bólów.

Dnia 21. VIII. chory dostał gwałtownego napadu z krwawymi wymiotami. Napady w ciągu prawie całego tygodnia występują 2—3 razy na dobę, później rzadziej.

Dnia 21. IX. badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na odczyn Wassermanna dało wynik dodatni (+++).

Dnia 22. IX. chory wypisał się ze szpitala.

Analiza przypadku

Z wyżej przytoczonego opisu jasne jest, że chory był dotknięty kiłą żołądka. Za tym przemawiają: brak poprawy przy stosowaniu diety i środków przeciwskurczowych, dodatni odczyn Wassermanna we krwi, zniekształcenie żołądka przed leczeniem przeciwkiłowym i powrót do normalnego kształtu po odbytym leczeniu.

Charakterystyczne jest ustąpienie podkwaśności w treści żołądkowej pod wpływem leczenia swoistego. Na specjalne podkreślenie zasługuje charakter napadów bólowych, które występowały w nocy i nasilały się do tego stopnia, że stosowanie morfiny stało się koniecznością.



Żołądek po leczeniu przeciwkiłowym

Usilne domagania się wstrzykiwania morfiny budziło podejrzenie, że mamy do czynienia z morfinistą. Jednakże dalszy przebieg leczenia wykazał, że przypuszczenie to było błędne. Z chwilą pozbycia się dolegliwości żołądkowych, chory sam zaniechał dalszego stosowania morfiny.

Nie da się jednakże wykluczyć możliwość przyzwyczajenia się chorego do morfiny, gdyż trudno wytłumaczyć bezskuteczność wypróbowanych środków przeciwbólowych, jak novalgina, cibalgina, perparyna, podczas napadów.

Jeżeli poddamy szczegółowej analizie charakter bólów u naszego chorego, to łatwo możemy rozróżnić dwa rodzaje bólów:

okresowe i stałe. Okresowe występują raz na 6—8—10 tygodni, odznaczają się gwałtownym charakterem, towarzyszą im wymioty żółciowe i krwawe, wstrzykiwanie morfiny przynosi ulgę jedynie na 6—8 godzin.

Bóle stałe występują codziennie, najczęściej w nocy między godziną *22* a *3*, mają charakter łagodniejszy, przebiegają bez wymiotów.

Bóle okresowe są typowymi przełomami żołądkowymi *(crises gastriques)*, natomiast bóle nocne, występujące codziennie winny być zaliczone do zespołu żołądkowo-korzonkowego *(gastro-radiculitis)*. Za tym przemawia brak wymiotów i zmniejszenie czucia bólowego na znacznym obszarze.

Wiąd rdzenia znajduje się u naszego chorego w początkowym okresie. E w a l d i L a n d a u podkreślają z naciskiem, że przełomy żołądkowe często znamionują początkowy okres wiądu rdzenia, kiedy klasycznych objawów wiądowych jeszcze nie ma.

Wyżej wspomniałem, że mięsienie okolic podłopatkowych powodowało ulgę przynajmniej na czas trwania zabiegu. Fakt ten, który wydaje się niezrozumiały, można wytłumaczyć, biorąc pod uwagę patogenezę przełomów żołądkowych. Według P a l a przełomy żołądkowe powstają wskutek skurczu tętnic w obrębie nerwów trzewnych, co powoduje nagły wzrost ciśnienia tętniczego i co za tym idzie podrażnienie splotu słonecznego. M a r i n e s c o i S a g e r utrzymują, że przełomy żołądkowe powstają w wyniku podrażnienia nerwu błędnego. Jako przyczynę podrażnienia autorzy podają przesunięcie równowagi kwasowo-zasadowej ku alkalozie (pH przed napadem wynosi 7,3, w czasie napadu 7,4—7,5). Szereg autorów stwierdziło w wiądzie rdzenia zmiany histologiczne w tylnych korzonkach, w nerwach trzewnych i w splocie słonecznym. M o g i l n i t z k i dowiódł, że wspomniane zmiany w układzie nerwowym mogą występować już we wczesnym okresie kiły.

Korzystny wpływ mięsienia okolic podłopatkowych na łagodzenie bólów u naszego chorego każe przypuszczać, że bóle stoją w związku z podrażnieniem korzonków. Jako przyczynę podrażnienia przyjmuję skurcz tętniczek rdzeniowych. Wiadomo, że naczynia krwionośne dla rdzenia wychodzą z tętnic międzyżebrowych. Masując mięśnie grzbietu można zadziałać nie tylko na tętniczki grzbietu, lecz równocześnie na głębiej położone tętniczki rdzenia. Mięsienie usuwało u naszego chorego skurcz tętniczek, co powodowało zmniejszenie podrażnienia tylnych korzonków.

Co się tyczy leczenia, to zapoczątkowane leczenie swoiste zrazu dało bardzo dobry wynik, gdyż chory pozbył się swych codziennych napadów.

Zdjęcie rentgenowskie wykazało, że żołądek przybrał kształt normalny.

Niestety, ta wybitna poprawa trwała zaledwie pięć i pół tygodni, po czym nagle zjawił się typowy napad przełomu żołądkowego. Wynik drugiego leczenia przeciwkiłowego był znacznie gorszy, gdyż chory nadal miewał codziennie napady, aczkolwiek łagodne, typu żołądkowo-korzonkowego. Leczenie szczepionką durową nie dało żadnego wyniku. Nieco lepiej działał propidon. Zasługuje na podkreślenie fakt, że propidon nawet w dużych dawkach (4 cm^3) wywołał nieznaczne wzniesienie ciepłoty. Podobne zachowanie się ciepłoty po wstrzyknięciu propidonu obserwowałem u drugiego chorego tabetyka z objawami ciężkiej ataksji i bólów w kończynach dolnych. Również i w tym przypadku bóle złagodniały przy nieznacznym wzniesieniu ciepłoty do 37.2°. Najkorzystniej na objawy korzonkowo-żołądkowe działała witamina C w postaci Redoxonu (3 tabletki dziennie). Bóle zmniejszyły się w znacznym stopniu, samopoczucie i wygląd chorego były bardzo dobre. Jednakże witamina C nie mogła zapobiegać napadom żołądkowym.

Widzimy więc, że u naszego chorego stwierdzono zniekształcenie żołądka o charakterze rozlanego nacieczenia, które ustąpiło pod wpływem leczenia swoistego. Równocześnie u chorego występują typowe napady żołądkowe wraz z objawami żołądkowo-korzonkowymi. Wpływ leczenia swoistego na bóle jest bardzo nikły.

Podobny przypadek kojarzenia zmian kiłowych w żołądku z przełomami żołądkowymi opisali N e u m a n i T e d e s k o z polecenia S c h l e s i n g e r a (zob. prof. M a t t h e s: Podręcznik diagnostyki różniczkowej chorób wewnętrznych. Str. 611)

Piśmiennictwo:

1) J. C h r z a n o w s k i: Pol. Gaz. Lek. Nr 20. 1934. — 2) A. E l e k t o r o w i c z: Polski Przegląd Radiolog. Str. 327. 1934. — 3) M. G o l d m a n: Warsz. Czas. Lek. Nr 6. 1925. — H a u p t m a n: Zeitschrift für die gesamte Neurol. u. Psychiatrie. Bd. 95. H. 3/4. — A. L a n d a u et J. H e l d: La syphilis gastrique. Masson 1936. — 6) M a t t h e s: Podręcznik diagnostyki różniczkowej chorób wewnętrznych. Str. 609—611. — 7) M e y e r: Med. Welt. Nr 12. 1928. — 8) M. S c h i e b e r: Polski Przegląd Radiologiczny. Str. 197—224. 1934. — 9) S t r a n s k y: Ars Medici. S. 661. 1927. — S é z a r y i H o r o w i t z: Biologia Lekarska. Nr 1—2. 1933. — A. S t e i n h a r d t: Pol. Gaz. Lek. Nr 19. 1935. — U d a o n d o: Les gastropathies des syphilitiques. Masson. 1936.

Dr Janina ROMANOWA. St. Asyst. Kraków

Promienie graniczne w leczeniu chorób skóry

Z Kliniki Dermatologicznej U. J.
Dyrektor: Prof. dr Fr. W a l t e r

Promienie graniczne, zwane też od nazwiska odkrywcy promieniami Bucky'ego są bardzo miękkimi promieniami Roentgena o długości fali jednej do trzech jednostek Angströma. W układzie promieni znajdują się one między promieniami pozafiołkowymi a promieniami Roentgena, jednak ze względu na zachowanie fizykalne i działanie lecznicze zalicza się je do promieni Roentgena. Różnią się one jednak od promieni Roentgena działaniem biologicznym, nie wywołują bowiem późnych owrzodzeń ani też innych poważnych następstw.

Zasadnicza różnica między promieniami Roentgena a promieniami granicznymi, według S c h r e u s a, M a r t e n s t e i n a i innych autorów, polega na wchłanianiu; 90% promieni granicznych ulega wchłanianiu w naskórku i dlatego dzięki tej właściwości nadają się one do leczenia schorzeń skórnych, zwłaszcza często nawracających. Pomimo, że od wielu lat sprawa działania promieni granicznych na skórę jest przedmiotem licznych badań, zagadnienie to pozostaje jeszcze niewyjaśnione.

Ostatnio M i l b r a n d t, starając się stwierdzić odrębne stanowisko promieni granicznych w układzie promieni, przeprowadził liczne badania, jak badania histologiczne, którymi wyjaśnił działanie promieni z punktu widzenia morfologicznego, a badaniami chemiczno-fizjologicznymi ich działanie chemiczne. Zarówno badania ciepłoty, elastyczności i pęczliwości skóry, jak też badania chemiczne, zachowanie się chloru, fosforu, sodu, potasu, wapnia, cholesteryny, cukru, organicznych związków fosforu, w skórze ludzkiej i zwierzęcej w różnych warunkach naświetlanej, nie mogły wyznaczyć jakiegoś odrębnego stanowiska promieniom granicznym w układzie promieni.

Na podstawie dziesięcioletnich spostrzeżeń, wielu autorów zgodnie potwierdza nieszkodliwość promieni granicznych mimo ich częstego stosowania, co pozostawałoby w związku z niesumowaniem się bodźców promiennych. Ostatnio zwraca się uwagę na działanie odczulające promieni granicznych. Nie brak jednak także zdań przeciwnych. I tak H u h s twierdzi, że promienie graniczne nie są zupełnie dla skóry obojętne. Według niego doświadczenie dziesięcioletnie jest jeszcze za krótkim okresem czasu do wysnuwania pewnych wniosków, trzeba poczekać piętnaście do dwudziestu lat. Opisuje on 3 przypadki uszkodzeń skóry po zastosowaniu naświetlania promieniami granicznymi. Ograniczają się one wprawdzie do nieznacznego zaniku skóry, rozszerzenia naczyń powierzchownych i odbarwień. H u h s mimo tych uszkodzeń jest zwolennikiem stosowania promieni granicznych ze względu na dobre wyniki, zaleca jednak ostrożność w dawkowaniu, zwłaszcza przy częstym stosowaniu naświetlania tego samego pola. Odczyn popromienny zależy nie tylko od ilości zastosowanych r., i twardości promieni, ale także od indywidualnego oddziaływania ustroju.

W Klinice Dermatologicznej U. J. stosowano promienie graniczne (aparat Müllera) w następujących przypadkach chorobowych:

w 42	przypadkach	wyprysku przewlekłego
w 28	„	liszaja Vidala
w 12	„	świądu samoistnego
w 8	„	wyprysku łojotokowego
w 11	„	znamienia naczyniowego
w 12	„	tocznia pospolitego
w 2	„	choroby Dariera
w 3	„	ziarnistości czerwonej nosa
w 5	„	wyłysienia plackowatego
w 3	„	bielactwa
w 2	„	trądzika pospolitego

Z 42 przypadków wyprysku przewlekłego, w 31 przypadkach wyprysk był umiejscowiony na skórze kończyn górnych. W 28 przypadkach zastosowano 3 serie naświetlań w odstępach 3-tygodniowych. W pierwszej serii dawka wynosiła 300 r., przy 10 KW z odległości 10 cm. W drugiej i trzeciej serii naświetlań dawka wynosiła 200 r. W 3 przypadkach zastosowano 2 serie naświetlań: pierwsza seria po 300 r., druga seria po 200 r.; odległość i napięcie jak wyżej. Z 11 przypadków wyprysku umiejscowionego na kończynach dolnych, w 8 przypadkach zastosowano 4 serie naświetlań. Z ogólnej liczby 42 przypadków wyprysku przewlekłego, w 17 przypadkach naświetlano powtórnie po 3 miesiącach od ostatniej serii naświetlania, a to ze względu na nawrót choroby, dawki były takie same, jak podano wyżej. W 9 przypadkach nawrót nastąpił po 3 miesiącach, w 3 po 4½ miesiącach a w 4 przypadkach po 5½ miesiącach.

W przypadkach, w których wyprysk przewlekły powracał po dłuższym lub krótszym czasie, stwierdzono jako tło uczulenie wielowartościowe.

Z 28 przypadków liszaja przewlekłego Vidala, w 15 przypadkach zmiany umiejscowione były na skórze szyi, w 6 na skórze kończyn górnych, a w 7 przypadkach na skórze kończyn dolnych; 10 przypadków liszaja na skórze szyi naświetlono trzykrotnie w odstępach 3-tygodniowych. W pierwszej serii naświetlań zastosowano dawkę 400 r. przy 10 KW z odległości 10 cm. W następnych seriach dawka wynosiła 300 r. W 5 przypadkach naświetlono czterokrotnie. Pierwsza dawka wynosiła 300 r. z odległości 10 cm przy 10 KW, w następnych dwóch seriach dawka wynosiła 200 r. z odległości 10 cm. W czwartej serii naświetlań zastosowano dawkę 100 r z tej samej odległości. Z 6 przypadków liszaja umiejscowionego na skórze kończyn górnych 4 przypadki naświetlono 4-krotnie i 2 przypadki dwukrotnie. W pierwszej serii naświetlań dawka wynosiła 400 r., w następnej serii 200 r., w trzeciej serii po 150 r., wszędzie z odległości 10 cm i przy 10 KW. W 2 przypadkach naświetlono dwukrotnie: pierwsza seria wynosiła 300 r., druga seria 200 r. W 4 przypadkach liszaja umiejscowionego na kończynach dolnych naświetlono trzykrotnie. W pierwszej serii naświetlań dawka wynosiła 400 r., w drugiej 300 r., a w trzeciej 200 r. W 3 przypadkach naświetlono dwukrotnie, w obu seriach zastosowano 200 r, z odległości 10 cm przy 10 KW. W 3 przypadkach liszaja umiejscowionego na odnóżach górnych, sprawa chorobowa powracała trzykrotnie w odstępach od 3 do 4 miesięcy po ostatnim naświetleniu. Powtórnie każdorazowe naświetlanie prowadziło do zupełnego ustąpienia zmian chorobowych.

Z 12 przypadków świądu, w 9 świąd był umiejscowiony w okolicy odbytnicy. We wszystkich przypadkach zastosowano po 4 serie naświetlań w odstępach 10-dniowych. We wszystkich seriach dawka wynosiła po 150 r., z odległości 15 cm przy 10 KW. 7 przypadków naświetlono 3-krotnie, ponieważ świąd powracał po 4—5 miesiącach, w 2 zaś przypadkach dwukrotnie. Dawki jak wyżej. W 3 przypadkach świądu sromu, naświetlanie jednorazowe okazało się wystarczające. Dawka wynosiła 250 r., z odległości 15 cm przy 10 KW.

W 8 przypadkach wyprysku łojotokowego, umiejscowionego na twarzy stosowano dawki: w pierwszej serii naświetlań 300 r. z odległości 10 cm. Stosowano 3 serie naświetlań, w drugiej i trzeciej dawki wynosiły po 200 r. z odległości 10 cm przy 10 KW. Już po pierwszej serii naświetlań zmiany chorobowe ustąpiły. Drugą i trzecią serię naświetlań zastosowano celem odczulenia skóry.

Z 11 przypadków znamienia naczyniowego, w 10 znamię było umiejscowione na skórze twarzy, w jednym na skórze brzucha. W 5 przypadkach zastosowano dawki po 1000 r., z odległości 10 cm przy 10 KW w odstępach 4-tygodniowych. Po 3 seriach naświetlań (dawka, jak wyżej zaznaczono), znamiona naczyniowe znacznie przybladły. Chorzy nie zgłosili się do dalszych naświetlań.

W następnych 5 przypadkach stosowano następujące dawki: w pierwszej serii po 1000 r., z odległości 5 cm przy 10 KW, następne serie po 500 r., z odległości 5 cm. Dwie chore nie zgłosiły się po trzech seriach naświetlań. U 3 pozostałych zastosowano czwartą serię naświetlań, dawki jak wyżej wymienione, w odstępach 4-tygodniowych. Po ostatniej serii naświetlań nastąpiła znaczna poprawa tak, że pozostały tylko nieznaczne różowe plamy. W jednym przypadku, w którym zastosowano 6 seryj naświetlań, 4 serie po 1000 r., z odległości 10 cm przy 10 KW i dwie serie po 800 r., z tej samej odległości w odstępach 4-tygodniowych, znamię ustąpiło, skóra w tym miejscu pozostała nieco bledsza od skóry otoczenia, w bezpośrednim sąsiedztwie znamienia wystąpiło silne przebarwienie.

W 8 przypadkach tocznia przerostowego skóry nosa i w okolicy otworów nosa, stosowano dawki następujące: w pierwszej serii naświetlań 2000 r., z odległości 10 cm przy 10 KW — w drugiej i trzeciej serii dawka wynosiła 2000 r., z odległości 5 cm w odstępach 3-tygodniowych. Trzy serie naświetlań okazały się wystarczające do usunięcia zmian chorobowych. W pozostałych 4 przypadkach toczeń pospolity płaski był umiejscowiony na skórze kończyn górnych — stosowano dawki w pierwszej serii 2000 r., z odległości 5 cm przy 10 KW, w drugiej serii naświetlań dawka wynosiła 1500 r., z odległości tej samej. W 2 przypadkach po dwóch seriach zmiany chorobowe ustąpiły. W 2 pozostałych zastosowano trzecią serię naświetlań w dawce 2500 r., z odległości 10 cm przy 10 KW. Odstępy pomiędzy seriami naświetlań trwały 3 tygodnie. Po trzeciej serii naświetlań zmiany chorobowe cofnęły się.

W 2 przypadkach choroby Dariera zmiany chorobowe umiejscowione na tułowiu naświetlano dwukrotnie z odległości 10 cm przy 10 KW w dawkach po 500 r., dwie serie naświetlań wystarczyły do usunięcia zmian chorobowych.

3 przypadki ziarnistości czerwonej nosa. We wszystkich przypadkach zastosowano 2 serie naświetlań w odstępach 4-tygodniowych, w pierwszej serii dawka wynosiła 150 r., z odległości 10 cm przy 10 KW. W drugiej serii zastosowano dawkę 100 r., z tej samej odległości. We wszystkich przypadkach wyniki były pomyślne po naświetlaniu.

5 przypadków wyłysienia plackowatego. W 3 przypadkach stosowano 3 serie naświetlań w dawkach po 500 r., z odległości 10 cm przy 10 KW w odstępach 4-tygodniowych. Po ostatnim naświetlaniu włosy zaczęły odrastać. W 2 przypadkach chorzy nie zgłosili się do powtórnego naświetlania.

3 przypadki bielactwa. We wszystkich przypadkach zastosowano dawkę 500 r. z odległości 10 cm przy 10 KW w pierwszej serii naświetlań. W drugiej serii naświetlań dawka wynosiła 400 r., z odległości 5 cm. Przerwa pomiędzy seriami trwała 4 tygodnie. Chorzy nie zgłosili się do powtórnych naświetlań, toteż wyniki są niewiadome.

2 przypadki trądzika pospolitego. Trądzik znajdował się na skórze pleców. W obu przypadkach naświetlono dwukrotnie w odstępie 3-tygodniowym. Dawka w pierwszej serii wynosiła 300 r., z odległości 10 cm przy 10 KW, w drugiej serii 200 r.. z odległości 10 cm. Ponieważ poprawa nie nastąpiła, wobec tego zaniechano dalszych naświetlań.

Zestawienie: promienie graniczne stosowano w 42 przypadkach wyprysku przewlekłego, we wszystkich przypadkach uzyskano wyniki pomyślne. Dawki stosowano od 200 do 300 r. z odległości 10 cm przy 10 KW. W niektórych przypadkach wystarczały 2 serie naświetlań, w innych trzeba było stosować 3 lub 4 serie naświetlań. Przerwy pomiędzy poszczególnymi seriami naświetlań wynosiły 3 do 4 tygodnie, zależnie od przypadku. Sprawa chorobowa czasami po dłuższym okresie powracała, zwłaszcza w wypryskach powstałych na tle uczulenia wielowartościowego. Zastosowane po raz wtóry promienie graniczne działały również pomyślnie.

W przypadkach liszaja Vidala uzyskano wyniki pomyślne w 100%. Przeciętne dawki wynosiły od 150 do 300 r.

W przypadkach świądu odbytnicy i sromu uzyskano pomyślne wyniki. Dawki stosowano od 150 do 300 r.

W znamionach naczyniowych, w jednym przypadku uzyskano ustąpienie znamienia po ogólnej dawce 6000 r. W dwóch innych przypadkach znaczne polepszenie, reszta chorych nie zgłosiła się do powtórnego naświetlania.

W toczniu skóry uzyskano wyniki zupełnego cofnięcia się ognisk chorobowych. Ogólna dawka wynosiła od 3000—6000 r. Ze względu na szybkość wyleczenia, jak i wynik kosmetyczny, należy uważać ten sposób leczenia za korzystny, zwłaszcza w toczniu skóry, umiejscowionym na częściach niedogodnych do naświetlania lampą Finsena.

Naświetlono również przypadki choroby Dariera, ziarnistości czerwonej nosa, wyłysienia plackowatego i wyprysku łojotokowego z wynikami pomyślnymi.

W bielactwie nie uzyskano wyników pomyślnych po dwukrotnym naświetlaniu. Możliwe jest, że kilkakrotne naświetlanie dałoby wyniki korzystne. W trądziku pospolitym wyniki były niekorzystne.

Na podstawie naszych wyników stwierdzamy, że promienie graniczne w leczeniu chorób skórnych mają duże znaczenie. Niebezpieczeństwo przedawkowania jest małe, duża dawka wywołuje tylko zaczerwienienie i przebarwienie, które ustępuje po 2—3 miesiącach.

Piśmiennictwo:

Bruner: Polski Przegl. Radiol. T. IV. Z. 1. 1929. — W. Milbrandt: Dermat. Woch. Bd. 102. Nr 22, 23, 24, 1936. — H. Neumann: Dermat. Woch. Bd. 100. Nr 2. 1935. — B. Spiethoff u. H. Berger: Dermat. Woch. Bd. 100. Nr 10. 1935. — B. Spiethoff: Dermat. Woch. Bd. 99. Nr 27. 1934. — B. Spiethoff: Zentralblatt für Haut- u. Geschlechtskrankheiten. Band 46. Heft 7/8. S. 401—528.

BIBLIOGRAFIA

Artykuły oryginalne w czasopismach

Piśmiennictwo polskie

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 1. 1938. Hirszfeld L.: Grupy krwi w świetle nauki współczesnej. — Schlager L.: Krwawnice i ich współczesne leczenie na podstawie własnych spostrzeżeń (zarazem próba nowego podziału krwawnic). — Prussak L. i Stein W.: Zespoły pozapiramidowe w chorobach metakiłowych i w kile mózgu. — Endelman L.: Kilka wskazówek i rad okulisty dla lekarza-praktyka. — Gantz M.: O nowym projekcie ustawy przeciwgruźliczej.

Nowiny Lekarskie. Z. 1. 1938. Kotarba J.: Włókna kratkowe w starczych płucach i sercu. — Schwarz St.: O antyseptyce w położnictwie i chirurgii chorób kobiecych. — Wawrzyniak St.: Odczyn retikulocytów jako wskaźnik wydzielania czynnika wewnętrznego przez żołądek w niedokrwistości złośliwej. — Berezowski Fr.: Doświadczenia kliniczne nad kąpielami przedłużonymi o ciepłocie obojętnej w leczeniu podnieceń psychoruchomych. — Wereszczakowa Z. i Gidyńska J.: Stosunek sprawności fizycznej i postawy do wskaźnika sfigmowiskozymetrycznego.

Medycyna. Nr 24. 1937. Chodźko W.: Organizacja dokształcania lekarzy w Polsce. — Doberska-Mayowa I.: Z nowszych badań nad etiologią grypy.

Gazeta Lekarska Śląska Polskiego. Z. 1. 1938. Kostka D.: Przyczynek historyczny do udziału lekarzy Polaków w odrodzeniu narodowym Górnego Śląska (c. d.). — Drohocki Z.: Wyniki ostatnich badań nad powstawaniem elektryczności w korze mózgowej. — Mackowski A.: Niedomoga wątroby a zabieg chirurgiczny. — Kurek S.: Zmiany w obrazie krwi oraz w narządach krwiotwórczych w tyreotoksykozie doświadczalnej u królików. — Bincer W.: „Brom-Calcium-Theosan" w praktyce lekarskiej.

Gruźlica. Nr 6. 1937. Mromliński Zdz.: Klinika nacieków wczesnych. — Werkenthin M.: Niedodma płuc.

Wiadomości Lekarskie. Nr 1. 1938. Landau H.: Umowy lekarzy z ubezpieczalniami społecznymi. — Hozer J.: Przeciw likwidacji przychodni specjalistycznych w ubezpieczalniach społecznych.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 1—2. 1938.

Klinika Współczesna. Nr 12. 1937. Minkin S. L.: Niedrożność u dzieci.

OCENY

Le Portugal hydrologique et climatique. Edition officielle, Lisbonne, 1930—1935, trzy tomy (razem 754 stron). — Wydawnictwo zbiorowe pod egidą Dyrekcji Górnictwa i Geologii oraz Instytutu Hydrologii i Klimatologii w Lizbonie.

Tom I ogólny, wydany w r. 1930 dla XIII Międzynarodowego Kongresu Hydrologii i Klimatologii lekarskiej w Lizbonie, zawiera dzieje zdrojowisk portugalskich od czasów celtyckich i rzymskich aż po chwilę bieżącą (prof. A. Narciso), opis klimatu Portugalii i jej uzdrowisk klimatycznych (tenże), fizykochemię wód leczniczych (prof. Ch. Lepierre), geologię zdrojowisk Portugalii (inż. A. Torres) i przegląd zdrojowisk (O. Lures i A. Narciso). Tom II zawiera szczegółowy opis i wyniki badań naukowo-lekarskich zdrojowisk Portugalii płn., a tom III Portugalii środkowej. Tom IV jest w przygotowaniu.

Portugalia, przeszło 3 razy mniejsza od Polski, o ludności 7-milionowej, ma dużo cennych zdrojowisk i stacje klimatyczne nadmorskie, górskie i wyspiarskie (Madera, Azory), którymi obsługuje kraj macierzysty, kolonie własne w Afryce, Brazylię a także i inne kraje (zwłaszcza klimatem wyspiarskim: kraje płn. Europy). Z wyjątkiem wód glaubersko-gorzkich ma Portugalia wszelkie wody lecznicze, w tym dużo cieplic i wód radoaktywnych o znacznej mocy. Niektóre zdrojowiska i plaże są zbytkowo urządzone (Vidago, Estoril), pora lecznicza trwa od 1 (często od 15) czerwca do końca października. Letnia ciepłota wody morskiej wynosi 20° C (nie wiele więcej niż u nas!).

Najosobliwszym bogactwem Portugalii są wody fluorowe najsilniejsze na świecie (do 23 mg fluorku sodu na 1 kg wody). Wydawnictwo to, bardzo cenne, zaopatrzone jest w ryciny, niestety często źle odbite.

A. Sabatowski (Lwów).

Zespoły kliniczne wielogruczołowe na tle schorzeń przysadkowo-lejkowych. WŁ. DZIERŻYŃSKI. Warszawa 1937. Str. 128.

W obszernej monografii autor przedstawia kazuistykę licznych, przez siebie spostrzeganych i dokładnie przebadanych przypadków schorzeń, związanych z zajęciem układu przysadkowo-lejkowego. Opracowanie i opis poszczególnych przypadków jest przez autora ze stanowiska endokrynologicznego bardzo szczegółowo podane. Jako uzupełnienie opisów dodane są liczne zdjęcia fotograficzne, na podstawie których każdy czytelnik łatwo zorientuje się w rozwoju nieprawidłowych cech zewnętrznych, charakteryzujących poszczególne typy omawianych schorzeń. Dowodem wielkiej sumienności autora są dołączone liczne zdjęcia rentgenowskie czaszki, w których zwłaszcza pięknie występują zmiany dotyczące siodełka tureckiego, a wiemy przecież, że rentgenologia czaszki stanowi jeden z najważniejszych czynników rozpoznawczych w tej grupie schorzeń. Słusznie może autor nie obciąża swej monografii szczegółowym opisem poszczególnych jednostek chorobowych, jak i piśmiennictwem, bo kładzie główny nacisk na kazuistyczne przedstawienie zbadanego materiału. Cała sprawa schorzeń przysadkowo-lejkowych i ich tłumaczenia jest jeszcze ciągle dosyć niepewna tak, że kazuistyczne ujęcie monografii jest bardziej słuszne, niż powtarzanie podręcznikowych zapatrywań. Książka Dzierżyńskiego przyniesie prawdziwą korzyść tym, których interesują schorzenia tego typu, bo w niej znajdą wiele cech spotykanych przez nich w przypadkach może nieraz niezupełnie jasnych.

M. Franke (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

Patologia

Dalsze doświadczenia z heparyzowaniem krwi dawcy w przetaczaniu krwi. P. HEDENIUS. The Lancet. Str. 1186, 1937.

Autor wstrzykuje dożylnie 0.25 mg heparyny na kg wagi ciała dawcy. Heparynę wlewa się w postaci 5% roztworu jałowego dzięki zawartości 0.25% trójkrezolu. W 10 minut po wlaniu heparyny można rozpocząć przetaczanie krwi. Heparyna wybitnie zmniejsza krzepliwość krwi dawcy, nie zaś odbiorcy. Objawów toksycznych przy tym dawkowaniu nie spostrzegano. Autor wykonał przetaczanie krwi w 150 przypadkach z powodzeniem. Wielką zaletą tej metody jest przetaczanie krwi w postaci najbardziej naturalnej. *Wł. Elmer* (Lwów).

Próby lecznicze u chorych cierpiących na pelagrę w Egipcie. P. ELLINGER, A. HASSAN i M. M. TAHA. The Lancet. Str. 1188, 1937.

W leczeniu pelagry stosuje się suszone drożdże, wyciągi wątroby, suszony żołądek świń, nasiona pszenicy, laktoflawinę (pozajelitowo) i wyciąg odbiałczany z białka jaj.

Ocena działania leczniczego powyższych środków jest trudna, ponieważ zmiana diety i leżenie w szpitalu wpływają korzystnie na ustępowanie pelagry. Wiele przypadków lżejszej pelagry ustępuje samoistnie bez jakiegokolwiek leczenia.

Autorowie przeprowadzali badania w cięższych przypadkach pelagry w miejscu pobytu chorych, mianowicie w 4 wsiach egipskich, położonych w środkowej części delty Nilu. Chorzy pozostawali przez cały czas obserwacji w tych samych warunkach higienicznych, dietetycznych i pracy. Czas obserwacji wynosił około dwa tygodnie. Stosowano odbiałczany wyciąg białka jaj w ilości 100 cm^3 dziennie, albo 50 g suszonej serwatki, albo 30 g suszonych drożdży, albo 60 cm^3 wyciągu drożdży, albo wyciągu drożdży z dodatkiem 30 mg laktoflawiny. Wszystkie powyższe przetwory stosowano doustnie. Wyniki otrzymywano korzystne, szczególnie po stosowaniu 30 g suszonych drożdży

dziennie. Natomiast po stosowaniu odbiałczanego wyciągu białka kurzego, suszonej serwatki, lub adsorbatu uzyskanego z wyciągu drożdży, otrzymano wyniki nie przekonywujące.

Godzi się zauważyć, że przyczyną pelagry u chorych była obecność robaków w przewodzie pokarmowym, które, prawdopodobnie, utrudniają odpowiednie wchłanianie witaminy.

Wł. Elmer (Lwów).

Krwotoki płucne, dyskrazje krwi, a przetaczanie krwi. FOURESTIER, RACINE, PAILLAS. Rev. de la Tuberculose. 3, 7, 754, 1937.

Zalecane wielokrotnie przetaczanie krwi w przypadkach krwotoków płucnych, nie spełniło pokładanych nadziei. Autorzy opisują historię 26-letniego chorego, który mimo nader nieznacznych zmian gruźliczych, cierpiał przez trzy lata na powtarzające się co kilka miesięcy, a nawet częściej, krwotoki płucne. Wszystkie znane sposoby leczenia zawodziły. Po ciężkim krwotoku, stan chorego był groźny. Oznaczono wówczas czas krwawienia i czas krzepnienia i stwierdzono znaczne opóźnienie. Wykonano więc przetoczenie 200 g krwi i powtórzono zabieg ten 7 razy w ciągu 20 dni. Poprawa wystąpiła natychmiast i trwa 15 miesięcy.

Autorzy omawiają szczegółowo wskazania do przetaczania krwi w krwotokach płucnych. Wskazaniem życiowym jest oczywiście stan skrwawienia. Wyników trwałych oczekiwać jednak należy przede wszystkim w przypadkach istnienia obok gruźlicy pierwotnych zaburzeń krzepliwości (krwawiączka, małopłytkowość itp.). Obniżenie krzepliwości wystąpić również może wtórnie, po długim okresie częstych krwotoków płucnych i w tych też przypadkach oczekiwać należy po przetoczeniu krwi bardzo dobrych wyników. *T. Kielanowski* (Lwów).

Nowy sposób odczytywania odczynu opadania krwinek. Godzinna krzywa sedymentacyjna. CH. CAREZ, J. H. WYNANTS. Rev. de la Tuberculose. 3, 7, 774, 1937.

Autorzy spostrzegli, że szybkość opadania krwinek może okazywać w ciągu pierwszej godziny wahania, których nie odzwierciedla wynik końcowy. Wahania te można uchwycić, mierząc szybkość co 15 minut. Szybkość opadania, stopniowo w ciągu godziny malejąca, jest objawem prognostycznie korzystnym, natomiast szybkość stopniowo wzrastająca, niekorzystnym.

T. Kielanowski (Lwów).

Kliniczne i doświadczalne badania zawartości i znaczenia hormonu tarczycozwrotnego we krwi. K. FELLINGER. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 29. Z. 3. 1936.

Po odkryciu tego hormonu z przedniego płata przysadki mózgowej przez Arona i Loeba oraz po doświadczalnym stwierdzeniu wywołania tą drogą nadczynności tarczycy u zwierząt, autor zajął się zachowaniem się tego hormonu we krwi ludzi zdrowych i ludzi ze schorzałą tarczycą. Zagadnienie to nabiera znaczenia wobec wątpliwości, czy źródła nadczynności tarczycy należy szukać tylko w pierwotnym schorzeniu tego gruczołu, czy może raczej w nadczynności przysadki. Autor zwraca uwagę, że oznaczenie tego hormonu we krwi napotykało do tej pory na znaczne trudności z powodu równoczesnej zawartości we krwi tyroksyny, która działanie pierwszego (na tarczycę świnek morskich, użytej jako sprawdzian do badania tego hormonu) wybitnie hamuje, a nawet znosi. Autor podaje opis metody otrzymywania z krwi hormonu tarczycozwrotnego, wolnego od domieszki tyroksyny. Po wstrzyknięciu tego hormonu jako wyraz nadczynności tarczycy stwierdzano: podwyższenie nabłonka, który przechodził w kubiczny albo cylindryczny, gromadzenie się ziarnistości przede wszystkim u podstawy, występowanie wodniczek, w końcu blednięcie i znikanie koloidu. Po większych dawkach obraz przypominał wól ludzki. Wstrzykiwano podskórnie po 1 cm^3 wyciągu = 5 cm^3 krwi, codziennie.

U ludzi zdrowych stwierdza się wyraźne ilości hormonu tarczycozwrotnego. W nadczynności natomiast można zauważyć wybitne zmniejszenie zdolności tarczycozwrotnych krwi, przy czym wiek, płeć, czas trwania choroby, wzrost P. S. nie mają na to wpływu. Hipotyreozy pierwotne, tj. wychodzące z tarczycy (np. pooperacyjne), łączą się często ze zwiększeniem hormonu tyreotropowego we krwi, a wtórne (z punktem wyjścia z przysadki) wykazują zmniejszenie tego hormonu we krwi. W nadczynności w miarę poprawy obrazu klinicznego ilość hormonu tarczycozwrotnego we krwi podnosi się aż do normy. Guzy przysadki ze zwiększoną P. S. idą w parze ze wzrostem tego hormonu, ze zmniejszoną P. S. dają zmniejszenie jego we krwi. Te dane w przypadkach nadczynności i braku czynności tarczycy autor potwierdził i u psów, u których powyższe stany wywoływał przez usunięcie tarczycy albo przez podawanie gruczołu tarczycowego *per os*.

Zdaniem autora, między tarczycą i przysadką istnieje ścisły związek, wyrażający się przede wszystkim tym, że wzmożenie poziomu hormonu tarczycowego we krwi powoduje zmniejszenie czy to wytwarzania, czy wydalania hormonu tarczycozwrotnego i przeciwnie. *St. Malczyński* (Lwów).

O znaczeniu próby luetinowej (Luotestu) w kile narządów wewnętrznych i ośrodkowego układu mózgowego. A. VOGL. Wien. Arch. T. 29. Z. 3. 1936.

Badania objęły 200 przypadków, w których uwzględniono kiłowe schorzenia ośrodkowego układu mózgowego, wiąd rdzenia i paraliż postępujący, kiłę układu naczyniowego i to głównie *mesaortitis*, parę przypadków schorzeń kiłowych wątroby, płuc i narządu krwiotwórczego. Próba luetinowa skórna ma ważne znaczenie w diagnostyce kiły narządów wewnętrznych. I tak w ostatnich przypadkach, szczególnie w *mesaortitis luetica* wypada stale dodatnio (w miejscu wszczepienia zaczerwienienie, obrzęk i naciek do 48 godz.) nawet przy ujemnym odczynie Wassermanna. W kile układu nerwowego wypada ona stale ujemnie, podobnie, jak w zajęciu układu nerwowego w połączeniu z *mesaortitis luetica*. W ostatniej, dającej z zasady odczyn dodatni, po dołączeniu się objawów ze strony układu nerwowego ośrodkowego, odczyn ten zmienia się na ujemny. W przypadkach kiły leczonych zimnicą, próba w większości przypadków staje się dodatnią, co mogłoby świadczyć o wystąpieniu w skórze sił obronnych, jako wynik — według Wagner-Jauregga — przestrojenia ustroju w związku z leczeniem zimnicą.

St. Malczyński (Lwów).

Gośćcowe zapalenie płuc i zapalenie płuc łańcuszkowcem w przebiegu ostrego gośćca stawowego. P. RAVENNA. Min. Med. Nr 41. 1937.

Autor opiera się na 2 przypadkach badanych klinicznie i anatomo-patologicznie: w jednym istniało gośćcowe zapalenie płuc z równoczesnym zajęciem osierdzia i innych błon surowiczych w przebiegu ostrego gośćca stawowego, badanie bakteriologiczne było ujemne, zaś anatomo-patologicznie stwierdzono w pęcherzykach płucnych bardzo obfite ciało fibrynoidalne w przestrzeniach międzypęcherzykowych i międzyoskrzelowych, tudzież komórki zbliżone do komórek Aschoffa. W drugim przypadku w przebiegu ostrego gośćca stawowego i starej wady serca nastąpiło zejście śmiertelne z powodu włóknikowego zapalenia płuc na tle zakażenia łańcuszkowcem. Autor podkreśla rzadkość gośćcowego zapalenia płuc.

Mester (Kraków).

Metabolizm siarki. M. LOEPER i H. FLURIN. Nutrition. T. VII. Nr 3. 1937.

Siarka spełnia w ustroju czynności budownicze, anaboliczne i dynamiczno-kataboliczne. Te ostatnie polegają na regulacji reakcyj oksydo-redukcyjnych. *Mester* (Kraków).

Rola siarki w odżywianiu. A. BLAZSO. Nutrition. T. VII. Nr 3. 1937.

Siarka istnieje w ustroju ludzkim związana z lipoidami, z węglowodanami (ergothioneina), jednak największą ilość siarki spożywanej znajdujemy w połączeniach białkowych. Ustrój rosnący (dzieci, oseski) zatrzymują w ustroju większą ilość siarki aniżeli dorośli. *Mester* (Kraków).

Siarka i nadnercza. M. LOEPER i R. GARCIN. Nutrition. T. VII. Nr 3. 1937.

Autorzy stwierdzili w nadnerczach baranich znaczne ilości siarki i dużą ilość glutationu. Nadnercze ma zdolność wiązania siarki neutralnej i prawdopodobnie dzięki temu też właściwość odtruwające. Nadnercze ma również zdolność utleniania siarki

Mester (Kraków).

Siarka i poziom cukru we krwi. L. BORY. Nutrition. T. VII Nr 3. 1937.

Doświadczalnie stwierdzono, że siarka obniża poziom cukru we krwi z równoczesnym obniżeniem ilości azotu i cholesterolu we krwi. Znaczną część działania insuliny należy przypisać jej zawartości siarki. *Mester* (Kraków).

Podsiarczyn sodowy i schorzenia wątroby. L. ROY. Nutrition. T. VII. Nr 3. 1937.

Podsiarczyn sodowy ma wybitne działanie redukujące, przeciwwstrząsowe i odczulające. W licznych schorzeniach wątroby, jak kamica żółciowa, marskość typu Laenneca w żółtaczce

nieżytowej stwierdza się zmniejszenie glutationu zredukowanego, dlatego też w tych schorzeniach należy podawać podsiarczyn sodowy doustnie lub dożylnie. *Mester* (Kraków).

Zastosowanie siarki w neuropsychiatrii. L. MICHAUX. Nutrition. T. VII. Nr 3. 1937.

Do leczenia chorób nerwowych i umysłowych za pomocą wywołania wysokiej ciepłoty bardzo dobrze nadaje się siarka w postaci zastrzyków domięśniowych roztworów siarki w oliwie 0.5%. Szczególne zastosowanie mają te zastrzyki w kile nerwowej, w wiądzie rdzenia, w zaniku nerwu wzrokowego, na tle kiły, w stwardnieniu rozsianym, w zespołach Parkinsona, w padaczce, w otępieniu wczesnym i w bólach nerwowych.

Mester (Kraków).

Szybkość opadania ciałek czerwonych w amebiazie jelitowej. A. M. CICCHITTO i E. CICCHITTO. Min. Med. Nr 34. 1937.

W przebiegu amebiazy jelitowej u białych i kolorowych, autorzy stwierdzili przyspieszenie opadania ciałek czerwonych w niewielkim stopniu. Natomiast u chorych z powiększoną wątrobą i z zaburzeniem czynności wątroby — przyspieszenie było znaczniejsze. Równolegle z poprawą kliniczną zwalnia się opadanie ciałek czerwonych, dzięki czemu w próbie tej ma się sprawdzian działania rozmaitych leków przeciwamebowych.

Mester (Kraków).

Obraz rentgenologiczny neuroblastoma pochodzenia współczulnego. H. P. DOUB. Journ. Amer. Med. Assoc. 109, 1188, 1937.

Neuroblastoma czyli *sympathoblastoma* może powstawać z nadnerczy, wedle innych z układu nerwowego sympatycznego, szczególnie ze zwojów współczulnych okolicy szyjnej. Guzy te pojawiają się przeważnie w wieku dziecięcym i są prawdopodobnie wrodzone.

Autor widział 3 przypadki *neuroblastoma.* Objawem początkowym były bóle stosu pacierzowego i kończyn. Przebieg choroby jest w ogóle szybki, wśród objawów spadku wagi ciała i przerzutów przychodzi do zejścia śmiertelnego. W jamie brzusznej często stwierdza się guz. Najcharakterystyczniejszym objawem są zmiany w kościach. Czaszka wykazuje delikatne rozrzedzenie (*osteoporosis granularis*), rozszerzenie szwów i pogłębienie odcisków palczastych (*impressiones digitatae*). W kościach długich stwierdza się podniesienie okostnej i delikatne rozrzedzenie, szczególnie w okolicy nasad.

Guz i jego przerzuty składają się z drobnych komórek, zawierających hiperchromatyczne jądra i wąski rąbek zarodzi. W jednej trzeciej części przypadków stwierdza się drobnowidowo twory komórkowe w postaci rozetek. W przypadku pierwszym, dotyczącym chłopca 2½-letniego, stwierdzono guz macalny w okolicy lędźwiowej lewej. Badanie rentgenologiczne wykazało charakterystyczne rozrzedzenie kości. Badanie krwi: 3,700.000 ciałek czerwonych, 12.100 ciałek białych. Badanie histologiczne guza wykazało *neuroblastoma.* Stwierdzono nadto przerzuty do gruczołów chłonnych. Leczenie promieniami Roentgena nie dało poprawy. Na sekcji wykazano wielką masę guzów przyotrzewnowych, przylegających do lewego nadnercza, nadto przerzuty w gruczołach chłonnych, wątrobie, płucach i w kręgosłupie.

Przypadek drugi dotyczy chłopca 4½-letniego. Chory uskarżał się na bóle nadbrzusza. W jamie brzusznej stwierdzono guz. Ogólny stan charłaczy. We krwi ilość ciałek czerwonych 1,610.000, ciałek białych 4,350. Biopsja guza chłonnego z okolicy pachwinowej przemawiała za *lymphoblastoma.* Badanie kości wykazało charakterystyczne rozrzedzenie i odstawanie okostnej. Leczenie rentgenologiczne bez wyniku. Na sekcji stwierdzono *neuroblastoma* nadnerczy i przerzuty w trzustce, w gruczołach chłonnych i w szpiku kostnym.

Przypadek trzeci dotyczy mężczyzny 26-letniego. Chory uskarża się na nagłe zesztywnienie karku, które nie ustępowało przez 10 dni, po czym ustąpiło, lecz kilkakrotnie wracało. Nadto chory skarżył się na bicie serca, duszność, nocne poty, zwyżkę ciepłoty i bóle w okolicy pęcherza. Badanie przemawiało za sprawą destruktywną drugiego kręgu szyjnego. Z badań dodatkowych należy podnieść niedokrwistość i wzrost przemiany spoczynkowej do 46%. Leczenie chirurgiczne (usunięcie *neuroblastoma* z okolicy drugiego kręgu szyjnego) i radioterapia (6.000 mg/godz. radu) spowodowały zniknięcie guza, który więcej nie był macalny. Pomimo to pojawiły się z powrotem bóle, niedokrwistość postąpiła, pojawiły się przerzuty. Na sekcji oba nadnercza były powiększone, wykazujące *neuroblastoma,* nadto stwierdzono przerzuty do żeber, kręgosłupa, śledziony, wątroby i gruczołów chłonnych.

Wł. Elmer (Lwów).

Ketonemia w wieku dziecięcym. C. H. GRAY. The Lancet. Str. 1017, 1937.

Autor badał krew w 20 przypadkach dzieci zdrowych (poniżej i powyżej 3 miesięcy) na zawartość ciał ketonowych. Autor używał mikrometody kolorymetrycznej (Behre i Benedict), która jego zdaniem jest dokładniejsza od metody jodometrycznej. Poziom całkowitych wartości ciał ketonowych waha się u dzieci między 1.4 a 2 mg %. W 20 przypadkach wymiotów ketonemicznych, ketonemia wahała się między 1.6 a 4 mg % (dzieci poniżej trzech miesięcy). W 32 przypadkach wymiotów ketonemicznych u dzieci powyżej 3-miesięcznego wieku ketonemia była wyższa, wahając się między 2 a 19 mg %. Wyższe wartości ketonemii u dzieci powyżej 3-miesięcznego wieku są wynikiem wybitniejszych zmian tłuszczowych w wątrobie.

Wł. Elmer (Lwów).

Niedostatek witaminy A u dzieci szkolnych w Londynie i w Cambridge. M. K. MAITRA i L. J. HARRIS. The Lancet. Str. 1009, 1937.

Autor zwraca uwagę na niedostateczny dowóz witamin w pokarmach u dzieci w wieku szkolnym. Następstwa częściowego niedostatku witaminowego uchodzą uwadze lekarza, który dla wykrycia ich musi sięgać do specjalnych a czułych prób, jak próba wysycenia dla wykrycia hipowitaminozy C i B_2, próba badania fosfatazy we krwi dla hipowitaminozy D, badania hemoglobiny dla wykrycia niedokrwistości z niedostatku odżywiania (*nutritional anaemia*), wreszcie próby dostosowania się wzroku w ciemności (*dark adaptacion test*) dla hipowitaminozy A.

Autor badał dzieci w wieku szkolnym wschodniego Londynu i Cambridge w kierunku hipowitaminozy A przy pomocy fotometru Birch-Hirschfelda wedle metody badania dostosowania wzroku w ciemności, podanej przez Jeans'a i Zentmire'a (1933), później (1937) ulepszonej przez tych autorów i Blanchard'a. Z nowszych metod, których autor nie zdołał już zastosować w swych badaniach, jest próba hemeralopii Edmunda. Zasada badania dostosowania się wzroku w ciemni ma się opierać na tym, że prawidłowa czułość wzroku zależy od obecności w siatkówce, w dostatecznej ilości, barwika czerwonego, będącego prawdopodobnie pochodną witaminy A, połączonego z białkiem. Część tego barwika wzrokowego zostaje rozłożona, jeśli oko jest wystawione przez kilka minut na intensywne działanie światła. Czułość wzrokowa, oznaczana zdolnością widzenia ciemno oświetlonego obiektu w ciemni, jest w następstwie tego zmniejszona, i to tym więcej, im mniej jest w ustroju witaminy A; czas, w którym wzrok uzyskuje z powrotem normalną czułość, zależy od ilości barwika wzrokowego, ulegającego odrodzeniu w zależności od dowozu witaminy A. W fotometrze Birch-Hirschfelda bada się czułość wzroku, mierząc minimum intensywności oświetlenia przedmiotu w ciemni.

Badając tą metodą dzieci szkolne, uznane za zupełnie zdrowe, autor wykrywał w olbrzymim odsetku hipowitaminozę A która leczona witaminą A do 4 tygodni znikała.

Wł. Elmer (Lwów).

Mycosis fungoides d'emblée. B. PORTNOY. The Lancet. Str 1015, 1937.

Opis dwóch przypadków *mycosis fungoides d'emblée*, z których jeden charakteryzował się wybitną wrażliwością na promienie rentgenowskie. W drugim przypadku nastąpiło śmiertelne zejście, przy czym stwierdzono zajęcie płuc, co stanow rzadkie powikłanie powyższego schorzenia.

Wł. Elmer (Lwów).

Insuflacja dookołanerkowa. W. H. MENCHER. Journ. Amer Med. Assoc. 109, 1338, 1937.

Dla wykazania guzów okolicy nerek i nadnerczy Carell i Sordelli wprowadzili w 1921 r. w Argentynie metodę, polegającą na wpuszczaniu powietrza dookoła nerek. Metoda ta jednak przyjęła się dopiero od r. 1935 dzięki Cahill'owi, który wykazał dokładne znaczenie i podał szczegółową technikę tej metody. Autor stosował powyższą metodę, wpuszczając 200 do 550 cm³ powietrza wyjałowionego przy pomocy igły wprowadzonej przez powięź Gerota. Tą metodą wykazywał w obrazie rentgenologicznym wiele guzów nadnerczy, których istnienie w inny sposób nie dawało się stwierdzić.

Wł. Elmer (Lwów).

Świeże postępy badania czynnościowego serca. G. NYLIN. Journ. Amer. Med. Assoc. 109, 1333, 1937.

Autor stosuje dla wykazania stanu czynnościowego serca 3 metody: elektrokardiografię, rentgenografię i badanie zużycia

tlenu na czczo, w spoczynku i po pewnym, ściśle określonym, wysiłku fizycznym. Tę ostatnią metodę opracował autor bardzo szczegółowo.

Normalnie po pracy fizycznej następuje zużycie tlenu, które u chorych z niedomogą serca wzrasta nieproporcjonalnie. W wielu przypadkach te 3 wartości przebiegają równolegle, w innych zaś można stwierdzić, że pomimo braku zmian elektrokardiograficznych i rentgenologicznych serca zaznaczyć się może stosunkowo większe zużycie tlenu niż normalnie. Ta metoda może być z pożytkiem zastosowana nie tylko dla wykazania stanu siły rezerwowej serca, ale także płuc.

Wł. Elmer (Lwów).

Okulistyka

Rola Instytutu Oftalmicznego w zwalczaniu jaglicy. ŚLUSKOWSKA-DEMANTOWA. Przegląd Trachomatologii i Okulistyki Społecznej. R. VI. Nr 4. 1937.

Leczenie łuszczki jagliczej diatermo-koagulacją. F. NARÓG. Przegląd Trachomatologii i Okulistyki Społecznej. R. VI. Nr 4. 1937.

Autor stosuje przy zastarzałej łuszczce elektrokoagulację naczyń na rąbku rogówki, na wzór peritomii. Wyniki uzyskane były zadowalniające, gdyż zawsze rogówka się wyjaśniała i poprawiała się ostrość wzroku. W jednym przypadku ostrość wzroku z poczucia światła podniosła się na 0,3. Autor zwraca uwagę na konieczność uwzględnienia przy leczeniu jaglicy istniejącego lub przypuszczalnego zakażenia gruźliczego.

Grzędzielski (Lwów).

Sekcja do walki z jaglicą w Łodzi w latach 1933—1935. J. SCHWEIG. Przegląd Trachomatologii i Okulistyki Społecznej. R. VI. Nr 4. 1937.

Rozpoznanie i zarys leczenia jaglicy w świetle badań współczesnych. J. SZYMAŃSKI. Monografie Lekarskie. T. IV. Z. 1. 1937. Wyd. „Eskulap", Warszawa. Str. 39. Tabl. 6.

Na wstępie autor stwierdza, że rozpoznanie jaglicy, wobec nieustalonego zarazka, opiera się głównie na objawach klinicznych; jednakże trachomatologia opracowuje pomocnicze badania laboratoryjne. Rozpoznanie jaglicy z obrazu anatomo-patologicznego opiera się głównie na przełomowych poniekąd badaniach Taborisky'ego z r. 1933, którego pracę autor dokładniej streszcza. Jedną z najwcześniejszych i charakterystyczną zmianą anatomiczną przy jaglicy jest zeskórnienie nabłonka spojówki — przemiana jego z cylindrycznego w płaski, również zmiany degeneratywne jąder nabłonkowych. Następnym objawem jest naciek warstwy podnabłonkowej. Z objawów biomikroskopowych ważne są dla wczesnego rozpoznania jaglicy zmiany górnej części rogówki i rąbka, jak łuszczka początkowa i *keratitis trachomatosa avascularis,* dające się stwierdzić przy pomocy lampy szczelinowej lub silnej lupy. W badaniach bakteriologicznych poszukiwania *bac. granulosis* Noguchi nie mają żadnego znaczenia; badania na Rickettsje mają znaczenie teoretyczne. Ważniejszą rolę mają badania cytologiczne wydzieliny spojówki, a zwłaszcza rozmazu z nabłonka. Charakterystyczną jest tu limfocytoza (co stwierdził Krausz z Łodzi w r. 1924), zmiany nekrobiotyczne komórek (niebarwienie się i rozpad jąder), brak komórek eozynochłonnych. Obraz cytologiczny zmienia się zależnie od okresu choroby.

Co do rozpowszechnienia jaglicy, to w Polsce wskaźnik zajagliczenia jest niższy, jak *2%*; oznacza to według Hirschberga, że jaglica u nas nie ma charakteru endemii. Rozpowszechnienie jej zależy od stopnia kultury. Zakażenie następuje w naszych warunkach wyłącznie przez zetknięcie osobiste, lub za pośrednictwem przedmiotów użytkowych. W krajach gorących mogą przenosić jaglicę także i muchy. Spojówka zdrowa jest na jaglicę odporna, natomiast jej stan nieżytowy ułatwia zakażenie.

Z kolei autor omawia klasyfikację jaglicy, obraz kliniczny, powikłania i rozpoznanie różniczkowe. Podkreśla ważność odwracadeł powiekowych przy badaniu. Co do leczenia, to uwzględniając fakt histologiczny, że przy jaglicy zostaje zajęta warstwa podspojówkowa, nie można jej leczyć, jak zwykłe nieżyty kroplami, lecz konieczne są zabiegi mechaniczne. Poza tym trzeba uwzględniać miejscowe powikłania i konstytucję chorego.

Całość daje dobry zarys współczesnego stanu trachomatologii. Wartość ilustracyjna tablic niekolorowych, będących pomniejszeniem barwnych ikonografij autora, jest problematyczna.

Grzędzielski (Lwów).

Les principes du traitement du trachome chez les enfants M. ZACHERT. Soc. Franc. d'Ophtalmologie. 1936.

Dzieci wykazują mniejszą odporność przy zakażeniu jaglicą, a przy tym większą oporność w przebiegu choroby. Przebieg jaglicy u dzieci jest dobrotliwy, często znajduje się ona w postaci utajonej, brak jest powikłań rogówkowych i cofnięcie się zmian chorobowych *ad integrum* jest częstsze, jak u dorosłych. Uwzględniając to, leczenie jaglicy u dzieci powinno być możliwie łagodne i ostrożne. Leczenie właściwe powinno poprzedzić kilkutygodniowe leczenie przygotowawcze, mające na celu usunięcie objawów zapalnych, jak również przyzwyczajenie małego chorego do zabiegów leczniczych. Leczenie właściwe jest skierowane przeciwko ziarnistościom, przy czym środki chemiczne mają rolę podrzędną, a głównie należy się posługiwać zabiegami mechanicznymi. Należy jednak unikać wszelkich brutalnych zabiegów, uszkadzających zdrowe części spojówki. Wygniatać można ziarna za pomocą pałeczki szklanej, lub najlepiej posługując się tzw. frottażem, tj. wycieraniem spojówki wacikiem napojonym różnymi środkami odkażającymi, lub olejkiem *chaulmoogra.* Zabieg taki należy stosować systematycznie, wycierając części spojówki dotknięte ziarenkami. W leczeniu nieżytów pojagliczych masaże olejkiem *chaulmoogra* oddają również dobre usługi. Przypadki uporczywe i nawracające powinny wzbudzić zawsze podejrzenie o istnienie skazy skrofulicznej.

Grzędzielski (Lwów).

Indications pour les praticiens généraux sur le traitement du trachome des enfants au-dessous de dix ans. M. ZACHERT. Revue du Trachome. Nr 4. 1936.

Z uwagi, że leczenie jaglicy u dzieci powinno być możliwie proste, może ono być oddane w ręce lekarzy-praktyków, odpowiednio przeszkolonych. W przypadkach powikłanych lekarz-praktyk powinien uciekać się do pomocy okulisty, albo kierować dziecko do leczenia szpitalnego.

Grzędzielski (Lwów).

Państwowa kolumna instrukcyjna przeciwjaglicza. Z książki „W walce o zdrowie wsi polskiej". L. ROSTKOWSKI. Wydawnictwo Instytutu Spraw Społecznych. 1937.

Autor kreśli zasady akcji zwalczania jaglicy i rolę, jaką odgrywa w tym Kolumna Instrukcyjna Departamentu Służby Zdrowia. Celem jej jest usprawnienie akcji przeciwjagliczej w powiecie, kontrola działalności przychodni i niesienie pomocy okulistycznej niezamożnej ludności, obok tego propaganda, wykrywanie świeżych przypadków jaglicy, statystyka jaglicy i ślepoty. Kolumna składa się z lekarza i pielęgniarki dyplomowanej, jako instruktorki. Każde województwo powinno mieć instruktora dla walki z jaglicą, obecnie są obsadzone tylko województwa: łódzkie, wileńskie, poleskie i pomorskie.

Grzędzielski (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie

Protokół posiedzenia z dnia 9 czerwca 1937 roku

Przewodniczący: Prezes prof. Oszacki

Prezes poświęca słowa wspomnienia zmarłemu członkowi, byłemu prezesowi dr Józefowi Surzyckiemu. Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Prezes odczytuje pismo z Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie w sprawie stypendium dla lekarza oraz pismo z Izby Przemysłowo-Handlowej, Izby Rolniczej, Izby Rzemieślniczej i Zarządu m. Krakowa w sprawie granic województwa krakowskiego.

Doc. dr Szymanowicz proponuje wysłanie delegata na zebranie organizacyjne w powyższej sprawie.

Po odbytym głosowaniu przyjęto na członka kol. Mirka Romana z Krakowa.

Dr Herzhaft *przedstawia przypadek nieprawidłowego zlania się przewodów Müllera z wytworzeniem się dwu macic połowicznych (semiuterus).*

Chora S. U., lat 26, zaczęła miesiączkować w 15 roku życia, regularnie co miesiąc. Miesiączki trwały 5—6 dni, były zawsze obfite i niebolesne. Przed 8 miesiącami wyszła zamąż i rozpoczęła normalne życie płciowe. Odtąd charakter miesiączk uległ zmianie. Miesiączkom towarzyszą stale bóle w „prawe pachwinie" i krzyżach, krwawienie przedłuża się do 8 dni, pc

tym zaś czasie — po ukończeniu krwawienia miesiączkowego — przez 3—4 dni odczuwa bardzo silne bóle w prawym boku, którym towarzyszą kłucia i parcie na stolec, jakich dotąd nigdy nie miała. Nie rodziła, nie roniła.

Przy badaniu stwierdzono w obrębie miednicy małej pochwę prawidłowo rozwiniętą, macicę prawidłowej wielkości, przesuniętą w całości na lewo, lewe przydatki bez zmian. W okolicy przydatków prawych stwierdzono guz o granicach ścisłych, ścianach gładkich, jakby chełbocący, mało ruchomy, niebolesny, który postanowiono usunąć *„per laparatomiam"*. Rozpoznano więc torbiel prawego jajnika. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono niezwykły obraz anatomiczny. W linii środkowej ciała w małej miednicy na pierwszy plan wysuwała się kiszka prosta, na lewo od niej i na prawo widoczne dwa skośne do osi podłużnej ciała dna dwu odrębnych połowiczych macic, z których lewa, o przydatkach lewych wychodzących z lewego jej rogu, była ślepo zamknięta, a dośrodkowo łączyła się ze światłem pochwy.

Skurczony prawy trzon macicy połowiczej, z którego prawego rogu wychodziły prawe niedorozwinięte przydatki, od środka miał ślepą ścianę, podobnie jak lewy i pozostawał w związku z tworem kulistym, wielkości mandarynki, ułożonym poniżej trzonu, w okolicy prawidłowego przymacicza prawego.

Po usunięciu całego tego tworu wraz z prawymi przydatkami, pole operacyjne pokryto otrzewną i jamę brzuszną zaszyto na głucho. Po 14 dniach bezgorączkowego przebiegu choroby chora opuściła oddział.

Preparat operacyjny na przekroju przedstawiał obok niedorozwiniętych przydatków silnie skurczony, pusty trzon prawej macicy połowiczej, umieszczony na rozdętej do wielkości mandarynki szyi macicy, wypełnionej krwawą, czarno-czerwoną treścią, ślepo zamkniętej, bez połączenia ze światem zewnętrznym i pochwą.

Referent sądzi, że pod wpływem podjęcia regularnych stosunków płciowych drogą hormonalną przyszło do pobudzenia czynności miesiączkowej prawej macicy połowiczej, przez 11 lat nieczynnej, wśród wyżej opisanych objawów. Uważa także, że pozostawiona lewa macica połowicza z przydatkami, łącząc się z pochwą, zapewni chorej prawidłowe czynności płciowe.

W dyskusji doc. dr Szymanowicz przypomina rozwiązany przez siebie niedawno poród u osoby z przegrodą pochwy i macicy. Ciąża rozwijała się po lewej stronie przegrody macicznej, a łożysko było usadowione na przednio-zewnętrznej ścianie macicy. Miednicowe położenie płodu w tym wypadku stanowiło większy, niż zwykle kłopot, ale dzięki ostrożnemu postępowaniu skończyło się na nieznacznym naddarciu przegrody, które zeszyto. Co się tyczy przedstawionego przypadku uważa, że rokowanie dotyczące czynności rozrodczych jest bezwzględnie dobre.

Dr Landau *przedstawia przypadek polyneuritis ex inanitione.*

U chorego 14-letniego w związku z wyniszczeniem na tle zwężenia dwunastnicy wystąpiły w pewien czas po zabiegu operacyjnym, wykonanym w narkozie eterowej, objawy porażenia i to zarówno w nerwach czaszkowych, jak i w nerwach obwodowych kończyn dolnych. Obserwowany zespół objawów pozwala rozpoznawać zapalenie wielonerwowe. Referent omawia rozpoznanie różniczkowe, po czym zastanawia się nad patogenezą przypadku. Wskazuje na to, co uważa za moment szczególnie interesujący, że z czynników patogenetycznych największe znaczenie ma głód, powodujący niedożywienie tkanek i zaburzenie przemiany materii, związane właśnie z długotrwałym niedożywianiem; a więc w omówionym przypadku czynnik odżywczy lub odżywczo-autointoksykacyjny jest przyczyną zaburzeń. Poza tym podkreślił referent także znaczenie braku witaminy B.

Sekretarz: *E. Schlönvogt.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 16 czerwca 1937 roku

Przewodniczący: Dyr. dr J. Szancenbach

Doc. dr Szymanowicz *przedstawia wyciętą macicę z przydatkami z powodu raka trzonu.* Próbne skrobanie wykazało niewątpliwie złośliwy nowotwór, widoczny na równocześnie przedstawionych preparatach patologicznych, wykonanych przez prof. dra St. Ciechanowskiego. Natomiast nawet najbardziej dokładne badanie, nawet mikroskopowe, wyciętej macicy nie wykazało ogniska nowotworowego. Referent omawia równocześnie drugi przypadek raka trzonu u 58-letniej kobiety, u której próbne skrobanie wykonał lekarz na prowincji a badanie histologiczne brzmiało: *adenocarcinoma.* Po wyjęciu macicy stwierdzono w prawym rogu duży polip śluzowaty, a nad nim rozwijające się ognisko rakowate wielkości opuszki palca, draśnięte w czasie skrobania. Gdyby przy tym zabiegu uchwycono polipa, a nie ognisko rakowe, przypadek ten pozostałby bez właściwego rozpoznania ze wszelkimi groźnymi następstwami tej pomyłki. Na podstawie tych przypadków referent wypowiada się za możliwie energicznym i radykalnym wykonywaniem próbnych skrobań jamy macicy.

Doc. dr Szymanowicz *przedstawia mięśniaka szyjkowego wielkości dużej pięści,* usuniętego z macicy ciężarnej u 23-letniej pierwiastki ze względu na możliwą przeszkodę, jaką mógłby stanowić przy porodzie. Z powodu krwotoku z łożyska ciąża nie mogła być utrzymana i przy otwartym brzuchu wyłyżeczkowano przez pochwę jamę macicy, po czym dopiero łożyska guza obszyto i zatrzymano krwawienie. Po 14 dniach gładkiego przebiegu pooperacyjnego chora opuściła oddział.

Następny przypadek, interesujący z punktu widzenia rozpoznawczego, leczony był przez dłuższy czas na oddziałach wewnętrznych z powodu gruźlicy płuc i sprawy toczącej się w gruczołach pozaotrzewnowych. Najbardziej dokładne badania kliniczne nie wyjaśniały charakteru sprawy. W rozpoznaniu uwzględniano *lymphogranulomatosis, lymphosarcomatosis* i *tabes meseraica.* Dopiero próbne otwarcie jamy brzusznej i wyłuszczenie gruczołu krezkowego oraz jego badania mikroskopowe wyjaśniły wątpliwości i pozwoliły na rozpoznanie gruźliczego charakteru sprawy chorobowej. Referent na podstawie swego doświadczenia, nabytego w czasie badania 3 podobnych przypadków, zaleca ostrożne leczenie promieniami Roentgena, zdając sobie sprawę z możliwości grożących zaostrzeń sprawy chorobowej w płucach (streszczenie własne).

Prof. dr J. Kostrzewski *przedstawia przypadek gorączki gruczołowej Pfeiffera.*

Dnia 12. III. 1937 r. skierowany został na Oddział Zakaźny Szpitala św. Łazarza chory M. W., lat 27, z podejrzeniem o dur brzuszny. Po zbadaniu chorego podejrzenie uznano za uzasadnione, a to na podstawie braku zmian w narządach wewnętrznych, wysokiej gorączki, powiększonej śledziony, dodatniego odczynu dwuazowego w moczu, leukopenii z limfocytozą oraz braku ciałek eozynochłonnych we krwi (leukocytoza: 4.000, obojętnochłonnych 52%, limf. 47%, mon. 1%). Dla całości obrazu rozpoznanej choroby brakło jedynie własności zlepowych surowicy względem prątków duru brzusznego i prątków durowych we krwi. Ten ujemny wynik serologicznego i bakteriologicznego badania nie obalił rozpoznania duru brzusznego, bo wiadomo przecież, że ujemny wynik bakteriologiczno-serologicznego badania krwi jeszcze nie przemawia przeciw rozpoznaniu duru brzusznego. Chory po tygodniu przestał gorączkować. Okres zdrowienia zakłócony był kilkudniowym stanem gorączkowym który nie uznano za nawrót z powodu obecności kwasochłonnych komórek we krwi. Chory dnia 15. IV. wyleczony opuścił szpital.

Dnia 28. IV. przyjęto go na nowo z powodu nawrotu „duru brzusznego"; po kilku dniach pobytu w szpitalu mimo wysokie gorączki, powiększonej śledziony, leukopenii z przewagą limfocytów, kilkakrotne badanie serologiczno-bakteriologiczne wypadło ujemnie: stwierdzono powiększone przy tym gruczoły chłonne szyjne, pachowe, pachwinowe, i to pozwalało rozpoznać gorączkę gruczołową opisaną w 1889 r. przez Pfeiffera. Mimo że obraz cytologiczny krwi nie jest zupełnie taki, jak przy gorączce gruczołowej, to jednak zespół objawów klinicznych zmusza albo przyjąć, że jest to gorączka gruczołowa, albo stworzyć nową jednostkę chorobową.

Powyższego chorego omówiono z tego powodu, że opisana jednostka chorobowa jest rzadkością u dorosłych i że u chorego rozpoznawano przez kilka tygodni dur brzuszny.

Sekretarz: *E. Schlönvogt.*

Towarzystwo Lekarskie w Toruniu

Protokół posiedzenia odbytego dnia 14 października 1937 roku

Przewodniczy: wiceprezes kol. Żabicki

Porządek dzienny posiedzenia:

1. Sekretarz podaje komunikaty Zarządu: z powodu wyjazdu z Torunia kol. prezesa Dasiewicza, jego czynności jako prezesa w Towarzystwie pełnić będzie kol. Żabicki, aż do czasu formalnego zgłoszenia rezygnacji przez kol. Dasiewicza z godności prezesa. Na posiedzenie listopadowe Zarząd postanowił zaprosić dla wygłoszenia odczytu dra Zygmunta Zakrzewskiego, kierownika pracowni biologicznej Instytutu Radowego w Warszawie i wobec tego Zarząd prosi o jak najliczniejsze przybycie, tak ze względu na gościa, jak i ważność

zgłoszonego tematu („O możliwościach biologicznego leczenia nowotworów złośliwych").

2. Kol. Turyna (z Oddz. Ginekolog. Szpitala Miejskiego w Toruniu) *przedstawia preparaty anatomiczne guzów jajnikowych zmienionych rakowo* operowanych przez niego u kobiet młodych, bo przed 30 rokiem życia, przysłanych na oddział już z przerzutami, ogólnie i miejscowo w stanie mocno zaniedbanym. U jednej z nich przed 4 laty w tut. Szpitalu operowano jednostronnie rakowy guz jajnika, nie wyjmując jajnika drugiego ani macicy. W następstwie tego obecnie powstał u chorej guz rakowy w pozostawionym jajniku, który klinicznie daje objawy przerzutów na otoczenie. Stąd wniosek, że przy stwierdzeniu guzów złośliwych w jednym jajniku należy operować radykalnie, usuwając drugi jajnik i macicę tak, jak to obecnie wykonał kol. Turyna, jednak już bez możliwości całkowitego wyleczenia. Ze względu na przejście nowotworu na otoczenie, chorą naświetla się promieniami Roentgena.

3. Kol. Skowroński *wygłosił odczyt pt.: „O odmie czaszkowej jako zabiegu rozpoznawczym i leczniczym"* z pokazami rentgenogramów i rysunków objaśniających poruszone zagadnienie (streszczenia nie nadesłano, całość drukowana będzie w „Monografiach Pediatrycznych").

W dyskusji nad wygłoszonym odczytem zabierają głos kol. Bogusławski i kol. Kowalski, podkreślając ważność i skuteczność odmy czaszkowej i pewne odmiany w technice i wskazaniach.

W odpowiedzi kol. Skowroński.

Protokół wspólnego posiedzenia naukowego Tow. Lek. w Toruniu i Sekcji San. T. W. W. odbytego w dniu 11 listopada 1937 roku

Przewodniczący płk. dr Rudke na wstępie wita serdecznie gościa i prelegenta dzisiejszego posiedzenia, przybyłego z Warszawy na zaproszenie Tow. Lekarskiego w Toruniu kol. dra Zygmunta Zakrzewskiego.

Porządek posiedzenia:

1. Odczytanie protokołów obu Towarzystw z ostatnich posiedzeń, które przyjęto.

2. Dr Zygmunt Zakrzewski (z Instytutu Radowego w Warszawie) *wygłosił odczyt pt.: „Możliwości biologicznego leczenia nowotworów złośliwych"* (streszczenia nie nadesłano).

W dyskusji nad wygłoszonym referatem zabiera głos płk. Rudke, podając swoje spostrzeżenia z życia codziennego o wpływie sposobów ludowych na gojenie się pewnych brodawczaków skórnych. Poza tym płk. Rudke zapytuje kol. Zakrzewskiego o wartość zachwalanych ostatnio środków organo-terapeutycznych w leczeniu nowotworów.

Kol. Turyna zaś omawia wpływ ciąży na raka szyjki macicznej, jego wzrost, rokowanie, opierając się na kilku tego rodzaju przypadkach przez siebie operowanych. Wolniejszy wzrost samego nowotworu, wolniejsze tworzenie się przerzutów i rozprzestrzenianie się sprawy nowotworowej, jak niemniej wyniki lecznicze w tych przypadkach zdają się przemawiać za wpływem ciał hormonalnych na nowotwory, a ciała hormonalne w ciąży spotykamy w wyjątkowej ilości i jakości.

W odpowiedzi prelegent zgadza się z punktem widzenia przedmówców i oświetla poruszone zagadnienie szerzej, opierając się na swoich czysto teoretycznych badaniach, które zgodne są z obserwacją klinicystów.

Protokół wspólnego posiedzenia naukowego Tow. Lek. w Toruniu i Sekcji San. T. W. W. odbytego w dniu 16 grudnia 1937 roku

Przewodniczy prezes Sekcji San. T. W. W. płk. dr Rudke, który na wstępie wita serdecznie gościa i prelegenta kol. dra Sroczyńskiego z Inowrocławia.

Porządek dzienny posiedzenia:

1. Odczytanie protokołów obu Towarzystw, które przyjęto.

2. Kol. dr Sroczyński (z Inowrocławia) *wygłosił odczyt pt.: „Wartości lecznicze Inowrocławia Zdroju"* (streszczenie drukowane w „Now. Lek." w dniu 15. października 1937 r. Nr 20).

W dyskusji nad wygłoszonym odczytem zabiera głos kol. dr Dietrich, zaznaczając, że u nas jest jedno zło, a mianowicie brak specjalizacji uzdrowisk, co wyraźnie zaznacza się za granicą. Stąd brak orientacji w klasyfikacji wartości i wskazań leczniczych w naszych uzdrowiskach i zamieszanie nie tylko w społeczeństwie, ale i wśród lekarzy.

Kol. Betlejewski podkreśla wielką wartość liceów dietetycznych i zaznacza, że należało by sobie życzyć, by w zdrojowiskach znajdowała się większa ilość wyszkolonych sił pielęgniarsko-dietetycznych. Inowrocław posiada 2-letni kurs pielęgniarsko-dietetyczny.

3. Kol. dr Korczakowski *przedstawia przypadek złamania urazowego kości udowej leczony operacyjnie z wynikiem niemal anatomicznego zgojenia.*

Drugi przypadek dotyczy chorego, u którego wykonano resekcję żołądka z powodu dwóch ostrych krwawiących wrzodów. Przy tej okazji omawia szczegółowo kol. mjr Korczakowski przyczyny, przebieg kliniczny i leczenie tego rodzaju schorzenia.

4. Kol. dr mjr Bogusławski *przedstawia chorego po całkowitym wyleczeniu ciężkiego zapalenia nagminnego opon mózgowych* za pomocą czterokrotnego wprowadzenia surowicy przeciwmeningokokowej i tlenu w postaci gazu do kanału rdzeniowego. W leczeniu tym wzorował się kol. dr Bogusławski na metodzie podanej i pierwszy raz zastosowanej przez dra majora Pająka, we wszystkich przypadkach z wynikiem dodatnim.

W dyskusji kol. dr Kowalski zaznacza, że w otiatrii wprowadza się w celach leczniczych acetylen do kanału rdzeniowego przy zapaleniu opon pochodzenia usznego.

5. Kol. Górecki (ze Szpitala Miejskiego) *przedstawia dziewczynkę 16-letnią ze skazą krwotoczną na tle małopłytkowości (choroba Werlhofa).* Przypadek o bardzo ostrym przebiegu, ciężkie skrwawienie, brak poprawy przy leczeniu różnymi środkami, a w końcu całkowite wyleczenie ośmiokrotnym przetoczeniem krwi, po 17 dniach leczenia. W opisie przypadku kol. Górecki omawia patogenezę cierpienia, podaje różne teorie, starając się wytłumaczyć przyczyny powstania skazy i różne sposoby lecznicze mniej lub więcej skuteczne.

W dyskusji nad przedstawionym przypadkiem zabierają głos kol. Trojanowski, Korczakowski, Turyna, Rudke, Konkolewski i w końcu kol. Górecki, wyjaśniając sporne punkty poruszone w dyskusji.

6. Przewodniczący płk. Rudke w serdecznych słowach podkreśla zasługi przeniesionego z Torunia do Warszawy płk. dra Strehla na stanowisko szefa sanitarnego i prezesa Sekcji Sanitarnej T. W. W., jak również drugiego przeniesionego kolegi kpt. dra Rylla, wybitnie współpracującego na posiedzeniach naukowych naszych Towarzystw.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 października 1936 roku

Kol. Zaorski J., czł. T-wa: *Gastroskopia i jej możliwości stosowania. Pokaz instrumentarium* (streszczenie własne).

Prelegent, przedstawiając instrumentarium do gastroskopii, podał historię powstania tego badania i przyrządu; sposób użycia gastroskopu, zasięg możliwości, jakie nam daje gastroskopia i jej trudności techniczne. Prelegent położył największy nacisk na fakt, że za pomocą gastroskopu możemy kontrolować wpływ leczenia na owrzodzenie żołądka, jego gojenie się, bliznę lub wznowę. (Całość ukaże się w druku w „Chirurgu Polskim" dnia 13. X. 1936 r.).

Kol. Goebel F., czł. T-wa i Miller J. M.: *O pobudzaniu układu siateczkowo-śródbłonkowego* (streszczenie własne).

Układ siateczkowo-śródbłonkowy odgrywa doniosłą rolę w walce ustroju z zakażeniem. Wywołanie stanu podrażnienia układu siateczkowo-śródbłonkowego musi pociągnąć za sobą wzmożenie czynności obronnych ustroju. Autorowie przeprowadzili badania czynnościowe układu za pomocą barwika Kongo według własnej modyfikacji, która pozwala na wykazywanie nawet drobniejszych odchyleń czynnościowych układu. Badanemu zwierzęciu wprowadza się 2 mg barwika Kongo na kg wagi, a następnie oznacza się ilościowo zawartość barwika w osoczu po 4, 8, 15, 45, 60, 75 min. Zestawienie otrzymanych wartośc pozwala na wykreślenie krzywej szybkości znikania barwika ze krwi. Krzywa ta odzwierciedla dokładnie obraz stanu czynnościowego układu siateczkowo - śródbłonkowego. Im układ jes sprawniejszy, tym wychwytywanie barwika ze krwi jest szybsze

W badaniach swych, przeprowadzonych na psach, autorzy stosowali preparaty srebra koloidowego, węgiel aktywowany, węgiel nieaktywowany i wreszcie, jako przetwór białkowy mleko (J. M. Miller). Z doświadczeń tych wynika, że mniejsze dawki srebra koloidowego np. 0,1 cm^3 na kg wagi argentolu wprowadzone dożylnie pobudzają układ siateczkowo-śródbłonkowy, dawki większe natomiast porażają go. Węgiel aktywowany, wprowadzony dożylnie, pobudza w znacznym stopniu zdolność fagocytarną układu siateczkowo-śródbłonkowego, działanie to utrzymuje się przez czas dłuższy (24 godz.). Węgiel nieaktywowany, w przeciwieństwie do aktywowanego nie tylko

nie przyśpiesza wychwytywania barwika przez układ siateczkowo-śródbłonkowy, ale nawet wychwytywanie to czasami upośledza.

Mleko wyjałowione, wprowadzone w ilości 1—3 cm^3 podskórnie, wzmaga zdolność wychwytywania barwika Kongo z krwi, przy czym *optimum* działania występuje w 24 godziny od chwili wstrzyknięcia mleka.

Rozprawy:

Kol. Falencik, czł. T-wa, oświadcza, że wygłoszony referat potwierdza zasadę starych praktyków, iż duże dawki srebra koloidowego szkodzą, a dawki średnie wywierają działanie najlepsze. Ważną rzeczą jest ustalić, jakie najwyższe dawki są nieszkodliwe dla ustroju. Następnie mówca zapytuje referenta, czy były powtarzane doświadczenia ze srebrem celem stwierdzenia, czy kilkakrotne wstrzykiwania roztworu srebra koloidowego zawsze jednakowo zmieniały krzywe wchłaniania czerwieni Kongo i jak się te krzywe przedstawiały. Następnie, jakie stężenie zawiesiny węgla aktywowanego należy stosować na kg wagi ciała i w jakich odstępach czasu. W końcu mówca zaznacza, że referent wspomniał o wychwytywaniu ciał bakteryjnych z krwi przez układ chłonny.

Kol. Szokalski K., czł. T-wa, uważa, że większe lub mniejsze wydzielanie się barwika Kongo może zależeć nie od stopnia pobudzania układu siateczkowo-śródbłonkowego przez ciężkie metale, węgiel itd., lecz od mniejszego lub większego zablokowania układu przez te ciała. Należało by dowieść, że „pobudzanie" układu odgrywa większą lub mniejszą rolę w walce z zakażeniem lub zatruciem organizmu w zależności od stopnia tego pobudzania. Doświadczenia Szokalskiego na zwierzętach, pozbawionych śledziony, nie wykazały znaczenia tego narządu, stanowiącego główne umiejscowienie układu siateczkowo-śródbłonkowego, w wytwarzaniu ciał obronnych ustroju (streszczenie własne).

Kol. Goebel odpowiada, że najwyższa dawka srebra koloidowego dla ludzi wynosi 0,3 mg na kg wagi, dawka węgla aktywowanego wynosi 1 cm^3 zawiesiny. Ile jest w niej węgla aktywowanego, tego fabryki nie podają. Wstrzyknięcie dożylne człowiekowi 1 cm^3 czy 2 cm^3 zawiesiny nie zrobi różnicy, w każdym razie nie należy dawki zwiększać do 20 cm^3.

W odpowiedzi kol. Szokalskiemu referent zaznacza, że blokadę układu siateczkowo-śródbłonkowego nie tak łatwo wywołać. Duża ilość pewnego rodzaju metali może zalegać i upośledzać czynności układu siateczkowo-śródbłonkowego. W doświadczeniach swych referent powtarzał wstrzykiwania tych samych dawek po kilku miesiącach i w krótszych odstępach czasu, lecz krzywa wychwytywania czerwieni Kongo przez układ siateczkowo-śródbłonkowy była zawsze jednakowa. Różne środki dawały inne krzywe wychwytywania.

W sprawie usuwania zwierzęciu śledziony, referent oświadcza, że zaraz po usunięciu jej układ siateczkowo-śródbłonkowy jest upośledzony, lecz po pewnym czasie pozostały układ siateczkowo-śródbłonkowy przerasta i później nieraz jeszcze lepiej działa, niż przed wycięciem śledziony.

Prezes: *Józef Skłodowski.*
Zastępca sekretarza dorocznego: *Stanisław Flis.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 27 października 1936 roku

Kol. Fiszhautówna L.: *Przypadek amyotrofii kiłowej* (pokaz przypadku, streszczenie własne).

Chory Z. K., lat 31, w roku 1923 przechodził zakażenie kiłowe. Krew badana w 1925 r. wykazała wybitny odczyn B.-Wa. (+++). W cztery lata od zakażenia kiłowego wystąpiło osłabienie dłoni prawej, potem lewej, po roku zaniki mięśni dłoni i przedramion. Nieco przed okresem niedowładów przelotne bóle w dłoniach i przedramionach. Po zastosowaniu kilku leczeń swoistych i po leczeniu zimnicą w Klinice Chorób Nerwowych U. J. P. w 1929 r. niedowłady zmniejszyły się. Od 1933 r. bóle w karku, opasujące bóle brzucha i klatki piersiowej, lekkie zaburzenia moczenia i potencji. Od 1935 r. nasiliły się niedowłady górnych kończyn i silniej wychudły przedramiona.

Stan przedmiotowy (październik 1936 r.): bielactwo na plecach i policzkach. Zaznaczony zespół Hornera po lewej stronie, źrenica prawa zniekształcona. Oddziaływanie na światło i przystosowanie opieszałe. Oczopląs poziomo-obrotowy obustronnie, lekka niedoczulica w zakresie drugiej gałęzi nerwu V po lewej stronie. Kończyny górne: dłonie płaskie z zaznaczoną szponiastością V palca, wybitne zaniki mięśni międzykostnych z silnym odczynem zwyrodnienia, mięśnie zanikłe, zwłaszcza w obrębie dolnej części przedramion (z przewagą po stronie zginaczy) wykazują obniżenie pobudliwości elektrycznej. Odpowiednio do zaników wyrażone są niedowłady, przy czym mięśnie międzykostne i przeciwstawny V palca są porażone. Drżenie włókienkowe i pęczkowe w mięśniach drobnych dłoni, mięśniach przedramion i w trójgłowych. Z odruchów ścięgnisto-okostnowych dość żywe jedynie odruchy z dwugłowych, wątpliwy z lewej kości promieniowej, z trójgłowych zniesione. Kończyny dolne są prawidłowe, stwierdza się tylko osłabienie odruchu Achillesa po stronie lewej. Odruchy brzuszne i mosznowe osłabione po stronie lewej. Lekkie osłabienie czucia nad prawym talerzem biodrowym.

Obraz chorobowy odpowiada umiejscowieniu zaników w rdzeniu szyjnym, a mianowicie w rogach przednich od $C_{6,7}$ — D (zwłaszcza C_6). Przeciwko rozpoznaniu choroby Aran-Duchenne'a przemawiają drobne wprawdzie, lecz rozsiane objawy, przekraczające zakres motoryczny. Etiologia wydaje się niewątpliwie kiłowa, pomimo ujemnych od kilku lat wyników serologicznych i braku zmian komórkowo-białkowych w płynie mózgowo-rdzeniowym, ze względu na wywiady, bielactwo nabyte (*vitiligo*) i objawy poronnej postaci wiądu rdzenia.

Obraz kliniczny amyotrofii jest w przypadkach kiłowych najczęściej następstwem *meningo-myelitis ant. luetica* (Léri, Mac Kay, Dolin, Chawany i inni) z zajęciem tętnic rowkowo-spoidłowych i wtórnym zanikiem przednich rogów. Na uwagę zasługują w tym przypadku napady skurczów, tzw. „*crampi*", które występowały u chorego w mięśniach najbardziej dotkniętych sprawą chorobową. Zdarzają się one w sprawach zanikowych rdzenia, a opisał je Orzechowski w kilku przypadkach stwardnienia zanikowego bocznego.

Rozprawy nie było.

Kol. Konopacki, czł. T-wa: „*Rola żółtka w rozwoju zarodka*" (streszczenie własne).

Autor omówił skład chemiczny ciał zapasowych różnych grup zwierzęcych i współudział organizmu macierzystego w ich wytwarzaniu. U zwierząt ssących, które posiadają jaje o małej ilości żółtka, okres wytwarzania go w oocytach nie odbija się w sposób widoczny na organizmie macierzystym. U zwierząt zaś, posiadających sezonowy i masowy sposób składania jaj, organizm macierzysty oddaje tak dużo ze swych zapasów białkowych i tłuszczowych w celu odłożenia ich w oocytach, że sam ulega znacznemu wyczerpaniu. Ostatnie zaś badania M. Laskowskiego dowodzą, że ryby, ptaki i gady wytwarzają w tym okresie we krwi tzw. *serumvitelline,* produkt bardzo bliski chemicznie witelinie żółtka. Niewątpliwie czynność ta jest kierowana przez gruczoły dokrewne, a przede wszystkim przez przysadkę mózgową.

Dalej autor omówił mechanizm wytwarzania się żółtka i cechy charakterystyczne dorosłej komórki jajowej. Przy tym zwrócił uwagę na metody histochemiczne, dzięki którym można było poznać do pewnego stopnia chemizm witelogenezy i zużycie materiałów zapasowych, a więc wniknąć częściowo w przemianę komórkową zarodka.

Prace z mechaniki rozwojowej, a szczególnie wirowanie jaj, stwierdziły jednak, że ciała zapasowe nie odgrywają roli determinującej dalszy rozwój zarodka szczególniej, jeśli ilość żółtka w oocytach jest niewielka. W jajach o dużej ilości żółtka odgrywa ono rolę mechaniczną.

Opierając się na własnych pracach i pracach B. Konopackiej, autor omawia sposób zużywania żółtka w rozwoju żaby (*clavelina*) i osłonicy, jako przykład jaj o bruzdkowaniu całkowitym a także kury i *loligo* (głowonoga), u których odbywa się bruzdkowanie częściowe — tarczowe. Za pomocą metod histochemicznych można było stwierdzić różnicę przemiany w listkach zarodkowych i narządach pierwotnych, co pozwala niekiedy już na tej tylko podstawie do pewnego stopnia poznać genealogię tych narządów. U zarodków z dużą ilością żółtka istnieją pewne narządy embrionalne, jak periblast woreczka żółtkowego i śródbłonek naczyń, które pierwsze różnicują się fizjologicznie i odgrywają ważną rolę w dostarczaniu zarodkowi potrzebnych składników chemicznych. Komórki periblastu za pomocą odpowiednich zaczynów rozkładają żółtko na składniki prostsze, a te drogą przestrzeni międzykomórkowych i naczyń krwionośnych rozchodzą się po organizmie, skąd śródbłonek naczyń wybiera ciało potrzebne dla różnicowania się chemicznego poszczególnych narządów.

Te dane posłużyły autorowi do wyróżnienia trzech stopni różnicowania się zarodków. Pierwszy — morfologiczno-topograficzny polega na podziale cytoplazmy jajowej na blastomery i zawiązki narządów pierwotnych. Jest on niezależny od ciał zapasowych, lecz uwarunkowany przez samą organizację komórki jajowej. Drugi stopień — histologiczno-chemiczny, w którym zawiązki narządów wskutek odpowiedniego dowozu do nich potrzebnych ciał chemicznych z żółtka kształtują swą strukturę

cytologiczną i chemiczną. Wreszcie stopień trzeci — fizjologiczny, gdy narządy zróżnicowane chemicznie i cytologicznie wysilają swoją przemianę komórkową w odpowiednim kierunku.

Znaczenie śródbłonka dla przemiany materii narządów zostało podniesione w ostatnich latach przez L. Sterna i Rapoporta. Szczególniej ostatni autor w pracy nad pomiarami jąder śródbłonka w zaburzeniach przemiany materii różnych narządów u ludzi dorosłych i zarodków ludzkich spostrzegł ich dużą zmienność i doszedł do przekonania, że śródbłonek odgrywa wielką rolę w przemianie materii narządów i razem z nimi stanowi jedną fizjologiczną całość. W końcu autor dochodzi do wniosku, że przyczyny drobnych zmienności i nieprawidłowości rozwojowych należy szukać nie tylko w różnicy genomu komórek płciowych, lecz i w zaburzeniach tego powikłanego mechanizmu w przemianie zarodkowej.

Rozprawy:

Kol. Słonimski podnosi, że badania Morgana i jego wykazały, iż istnieje ścisły związek między wielkością zarodka a ilością żółtka. W razie usunięcia żółtka zmniejsza się ogólna wielkość zarodka. Fakt ten jest potwierdzeniem myśli prof. Konopackiego o wpływie czynników wewnętrznych na rozwój zarodka, nie związanych z budową chromosomu. Jeśli będziemy obserwować listek zarodkowy ptaka, w którym tworzy się angioblast, przekonamy się, że tylko tam tworzą się ciałka czerwone krwi, gdzie mamy podłoże entodermalne. Istnieje więc wpływ żółtka na tworzenie się ciałek czerwonych krwi. Znane są doświadczenia Minot'a i Murphy'ego dotyczące wpływu podawania wątroby, jako narządu entodermalnego, w przypadkach niedokrwistości złośliwej. Te fakty kliniczne są w zupełnej zgodzie z nowymi zdobyczami embriologii.

Prezes: *Józef Skłodowski.*
Sekretarz doroczny: *Józef Gackowski.*

Sprawozdanie ze zjazdu lekarzy powiatowych i kierowników powiatowych ośrodków zdrowia województwa lubelskiego

W dniach 29 i 30 października 1937 roku obradował w Zamościu i Zwierzyńcu doroczny zjazd lekarzy powiatowych województwa lubelskiego.

W obradach wzięli udział, poza lekarzami powiatowymi, Szef Sanitarny D. O. K. I., Prezes Polskiego Czerwonego Krzyża w Lublinie, dyrektorzy i naczelni lekarze Ubezpieczalni Społecznych w Lublinie i Zamościu, przedstawiciele władz wojewódzkich z Panem Wojewodą na czele oraz inspektor Ministerstwa Opieki Społecznej dr Zachert.

Pierwszy dzień obrad:

Po powitaniu uczestników zjazdu przez Pana Wojewodę Lubelskiego, który w swym przemówieniu zwrócił się do czynników służby zdrowia z terenu województwa lubelskiego, by nie zrażali się trudnościami, jakie w swej pracy napotykają, zaznaczając, że chce stworzyć zasadę, by w pracy jednostek górowała chęć stworzenia wielkiej rzeczy, choćby się składać miała z małych fragmentów życia codziennego. Do tego muszą być ludzie z zapałem do pracy, którzy by przez podniesienie stanu kulturalno-sanitarnego osiedli i wsi mogli dążyć również do zabezpieczenia życia ludzkiego, mając na widoku siłę obronności Państwa.

Następnie inspektor dr M. Zachert wygłosił wstępne przemówienie o zadaniach służby zdrowia, a w szczególności lekarza powiatowego, jako szefa sanitarnego powiatu.

Z kolei dr J. Danielski, naczelnik Wydziału Urzędu Wojewódzkiego, złożył obszerne sprawozdanie z organizacji i działalności służby zdrowia oraz ze stanu zdrowotnego województwa lubelskiego.

Po zobrazowaniu walki z chorobami zakaźnymi, lecznictwa, stanu szpitalnictwa oraz profilaktyki zdrowotnej i higieny społecznej, wskazał na plan dalszych prac w zakresie ważniejszych zagadnień zdrowotnych przez skoordynowanie służby zdrowia w ramach rejonowych ośrodków zdrowia, poprawę stanu oddziałów zakaźnych, rozbudowę szpitalnictwa, dalsze ugruntowanie walki z chorobami społecznymi, opieki nad matką i dzieckiem, zabezpieczenie pomocy położniczej dla ludności wiejskiej, podniesienie stanu sanitarnego szkół powszechnych i opieki lekarsko-higienicznej nad dziećmi szkolnymi oraz uzgodnienie programowych prac samorządowych w dziale zdrowia i opieki społecznej.

Następnie naczelny lekarz Ubezpieczalni Społecznej w Zamościu wygłosił referat o współdziałaniu Ubezpieczalni Społecznej w akcji medycyny zapobiegawczej, zaznaczając, że w pracy tej należy się kierować tworzeniem jak największej ilości ośrodków zdrowia, które by były zaopatrzone w laboratoria, aparaty Roentgena, odmy itp., gdyż dotąd ośrodki zdrowia oparte są tylko na dobrej woli lekarza.

W zakończeniu dyskusji, która się rozwinęła, zabiera głos inspektor Ministerstwa dr Zachert, poruszając zagadnienie gospodarki szpitalnej; nadmienia, że ustawa o kosztach leczenia jest w stadium załatwienia przez Ministerstwo Opieki Społecznej. Co się tyczy rozmieszczenia lekarzy zaznacza, że sprawa ta nie może być rozwiązana jednym posunięciem. W dużym stopniu do racjonalnego rozmieszczenia lekarzy przyczyni się ustawa o organizacji publicznej służby zdrowia, która będzie obecnie wniesiona do Sejmu. Podaje ogólne zasady tej ustawy.

Nawiązując do poruszonej w dyskusji sprawy położnych, wskazuje na konieczność udziału ubezpieczalni społecznych w utrzymaniu położnych w miasteczkach i na wsi. Zwraca też uwagę na spadek ilości szczepień ochronnych przeciw ospie, wskazując na niebezpieczeństwo wybuchu epidemii ospowej i wzywa do większej w tym kierunku kontroli.

Z kolei dr Morozowa wygłasza referat o ważniejszych zagadnieniach w dziedzinie higieny i opieki lekarskiej w szkołach powszechnych, wskazując na poważne wyniki w budownictwie szkół powszechnych, wysuwa plan budowy w każdej szkole kąpielisk szkolnych i natrysków, przy czym stwierdza, że oparcie opieki higieniczno-lekarskiej nad szkołami o sieć ośrodków zdrowia wydaje się metodą najbardziej celową.

Następnie inżynier Rutkiewicz, okręgowy inspektor pracy, przedstawia warunki mieszkaniowe służby folwarcznej i prosi lekarzy powiatowych o roztoczenie większej opieki nad tym zagadnieniem, celem podniesienia stanu sanitarnego i możliwości bytowania tej najbardziej upośledzonej ludności.

W dyskusji dr Radajewski, lekarz powiatowy z Biłgoraja, przedstawia warunki mieszkaniowe służby folwarcznej, których zły stan kładzie na karb stosunków gospodarczych właścicieli ziemskich.

Dr Czerwiński, dyrektor szpitala w Lublinie, omawia pomoc akuszeryjną na wsi i prosi, by babki, które ukończyły kurs w szpitalu mogły wykonywać praktykę położniczą.

Dr Strassman, lekarz powiatowy w Garwolinie, przedstawia plan organizacyjny opieki położniczej na wsi przy pomocy Organizacji Kół Gospodyń Wiejskich, sprzeciwia się możności wykonywania praktyki położniczej przez babki, podając przykłady ich pracy i wskazując, że było by to niezgodne z ustawą.

W drugim dniu obrad posiedzenie zjazdu odbyło się w Zwierzyńcu w majątku ordynacji Zamoyskich.

Naczelnik dr Danielski wygłosił referat o organizacji rejonowych ośrodków zdrowia w województwie lubelskim. W przemówieniu swym przedstawił początek powstania ośrodków zdrowia, wskazując na początkowe niezrozumienie znaczenia ośrodków tak u czynników urzędowych, jak i u społeczeństwa. Po przedstawieniu rozwoju ośrodków zdrowia od 1933 r. do chwili obecnej, prelegent wskazał na cele, jakimi się kierują ośrodki zdrowia, począwszy od pracy zapobiegawczej do leczenia włącznie, przy czym zaznaczył, że wielka zasługa w rozwoju tej akcji przypada władzom centralnym przez udzielanie dotacyj pieniężnych i sił pomocniczych. W przyszłości dalsze rozwiązanie tej akcji będzie należało do samorządu przy udziale ubezpieczalni społecznych, gdzie przez zazębienie wspólnych celów współpraca ta da realne wyniki. Obecny stan rejonowy służby zdrowia w województwie obejmuje na 101 projektowanych rejonów sanitarnych — 77 czynnych (= 53 czynnych ośrodków zdrowia + 13 ośrodków zdrowia w stanie uruchomienia + 11 lekarzy rejonowych).

Z kolei dr Safian wygłasza referat o organizacji sanitarnej powiatu bialskiego, wskazując na szczegółowy plan akcji sanitarnej, omawia rejony sanitarne i pomoc lekarską dla ludności wiejskiej, przy czym przedstawia trudności, na jakie napotykają lekarze powiatowi w swojej codziennej walce w realizacji swoich planów i wskazuje na niezrozumienie tych celów przez odpowiednie czynniki.

Następnie dr Tyczkowski przedstawia akcję walki z gruźlicą na terenie powiatu zamojskiego, wskazując wyniki tej akcji w oparciu o Ubezpieczalnię Społeczną w Zamościu i w organizacjach społecznych.

W dalszej kolejności wygłasza referat dr Deptuch, wojewódzki lekarz epidemiczny, o zwalczaniu epidemii czerwonki w powiecie biłgorajskim. Omawia źródła zakażenia, początek epidemii, akcję szczepienia ochronnego oraz wyniki tej pracy; zaznacza, że przez pokrycie kraju gęstą siecią ośrodków zdrowia zapobieganie i lecznictwo chorób zakaźnych, jak i przez akcję higieniczno-sanitarną, wpłynie się bardzo dodatnio i ułatwi się zwalczanie wszelkich epidemij.

W dalszym ciągu zabiera głos kierownik Opieki Społecznej województwa lubelskiego p. Stalewski, omawiając aktualne zagadnienia opieki społecznej otwartej i półotwartej, przy czym podaje praktyczne wskazówki, którymi należy się kierować przy powierzaniu dzieci rodzinom obcym. W referacie swoim omawia znaczenie zajęcia się sprawą zagadnień opieki, proponując, aby wszystkie organizacje społeczne, pracujące na tym polu, przez skoordynowanie swej działalności, zespoliły te wysiłki.

W dyskusji nad referatami zabiera głos dr Kossowski, omawiając działalność ośrodków zdrowia i ustosunkowanie się ludności do ich działalności, po czym w odpowiedzi naczelnik dr Danielski omawia jeszcze raz kierunek tej akcji w terenie.

Na zakończenie Inspektor Ministerialny dr Zachert omawia sprawę oglądaczy zwłok i rejestracji zgonów. Wskazuje na zadania ośrodków zdrowia w zakresie krzewienia czystości wśród ludności i współdziałanie w tym zakresie drużyn czystości i Kół Młodzieży Polskiego Czerwonego Krzyża, przy czym zadaniem tej pracy byłoby nie tylko nauczanie i propaganda higieny, ale wdrożenie do czystości i stopniowe przestrojenie warunków życiowych na wsi. Sprawozdanie i referaty świadczą, że dużo zagadnień jest w stadium realizacji na terenie województwa i życzy wszystkim lekarzom powiatowym dalszej owocnej pracy w terenie.

Po zamknięciu zjazdu przez naczelnika dra Danielskiego, dr Klukowski ze Szczebrzeszyna przedstawia zarys historyczny rozwoju opieki lekarskiej Ordynacji Zamoyskich od początku jej powstania.

Polskie Zrzeszenie Lekarzy Województwa Białostockiego

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 1 czerwca 1936 roku

Przewodniczy kol. Fiedorowicz

Kol. Fiedorowicz *przedstawia:*

a) *preparat rozległego raka okrężnicy, wyciętego kombinowanym sposobem brzuszno-krocznym, wykonanym jednoczasowo;*

b) *preparat rozległego owrzodzenia rakowatego żołądka, które zajmowało 3/4 powierzchni żołądka.*

Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Kol. Kenig po zreferowaniu szeregu danych ogólnych dotyczących nowotworów nerkowych, uwzględnia szczególnie symptomatologię i rozpoznanie różniczkowe guzów nerkowych, umożliwiające każdemu lekarzowi praktykowi skierowanie badania na odpowiednie tory. Następnie prelegent przedstawia dwie duże nerki wraz z rentgeno- i pyelogramami, operowane przed kilku miesiącami; po zbadaniu histopatologicznym guzy okazały się nadnerczakami. Przebieg pooperacyjny pomyślny.

Kol. Lewitt: *„Referat sprawozdawczy z delegacji naukowej do Kliniki Chirurgicznej w Poznaniu".*

Referent podczas swego pobytu w klinice starał się zapoznać z organizacją kliniki oraz pracą w ambulatorium i na sali. Ze spostrzeżonych właściwości kliniki podkreśla długotrwałość przygotowania chorego do zabiegów. W poszczególnych wypadkach przygotowanie do zabiegu trwa parę miesięcy. Co do rodzajów znieczulania, to na pierwszym miejscu stoi znieczulanie lędźwiowe, po tym kombinowane uśpienie ewipan-eterowe.

W dyskusji zabierają głos: kol. Fiedorowicz, Ryder, Bełdowski.

Sekretarz: *Dr Cz. Karwowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie. I. Posiedzenie w dniu 12 stycznia 1938 r.: 1. 1) odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 29 grudnia 1937 r. 2) Pokaz chorych i dyskusja. 3) Kol. T. Mogilnicki: Gruźlica wśród dzieci w Polsce. 3. Doroczne posiedzenie administracyjne. 1) Sprawozdanie roczne sekretarza. 2) Sprawozdanie roczne Sekcji Towarzystwa. 3) Sprawozdanie roczne bibliotekarza. 4) Sprawozdanie roczne skarbnika. 5) Sprawozdanie roczne Komisji Rewizyjnej. 6) Balotowanie kandydatów na członków Towarzystwa. 7) Wybór członków Zarządu: prezesa, wiceprezesów, sekretarzy, bibliotekarzy, skarbnika. 8) Wybór członków Komisji. — II. Posiedzenie w dniu 26 stycznia 1938 r.: 1) Odczytanie protokołu posiedzenia z dnia 12 stycznia 1938 r. 2) Pokaz chorych i dyskusja. 3) Kol. J. Itelson i kol. M. Lewenfisz: Cukrzyca a choroba Basedowa z uwzględnieniem rentgenoterapii. 4) Pokaz preparatów i dyskusja.

XXXIII posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 14 stycznia 1938 r. Porządek dzienny: 1) Kol. Goldyk J. (gość, z Oddz. Wewn. II): Przypadek rzeżączkowego zapalenia wielostawowego (pokaz). 2) Kol. Chimiak W.: Sympatektomia okołotętnicza w przypadku choroby Dupuytrena (pokaz). 3) Kol. Tanne B.: Wpływ oddychania na elektrokardiogram. Doniesienie I. (wykład).

VII Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy odbędzie się w Gdyni w czasie od dnia 28—29 maja 1939 r.

Różne

Z kraju

W Pruszkowie pod Warszawą zostanie niebawem otwarty szpital dla chorych zakaźnych.

Jugosławia

Liczba urodzeń wynosi w Jugosławii 33.94 na 1000 mieszkańców; Jugosławia zatem należy do krajów z największym naturalnym przyrostem ludności (Austria 15,7 — Niemcy 17,5 — Węgry 23,7 — Włochy 27,2 — Grecja 30,7 — Bułgaria 31,29 — Polska 31,1), ustępuje jednak miejsca Japonii (34,9). Śmiertelność dzieci jest niestety duża w Jugosławii (największą w ogóle jest śmiertelność w Chili, najmniejszą w Nowej Zelandii).

Włochy

W Neapolu ma powstać olbrzymi szpital. Koszty budowy tego szpitala obliczają na wiele milionów lirów.

Anglia

Władze sanitarne Yorku mają zamiar wybudować szpital przeznaczony dla chorych na raka. Ta bowiem dzielnica Anglii stoi na trzecim miejscu w statystyce śmiertelności z powodu raka w Anglii.

W Oxfordzie w czasie od dnia 26—31 marca 1938 r. odbędzie się międzynarodowy kongres w sprawie gośćca i hydrologii.

Stany Zjednoczone A. P.

Doroczne sprawozdanie Czerwonego Krzyża wykazuje, że na działalność sanitarną wydano 25,984.999 dolarów.

Egipt

IV międzynarodowy Kongres w sprawie trądu odbędzie się w marcu br. w Kairze.

Madagaskar

Prof. Achard po powrocie z podróży z Madagaskaru zdał sprawę ze stanu sanitarnego tej kolonii francuskiej, w Akademii Medycyny w Paryżu. Okazuje się, że na tej wyspie jest 54 szpitali, 177 ośrodków lekarskich, 146 ośrodków położniczych; do dyspozycji są trzy samoloty sanitarne; szkoła lekarska w Tananarive kształci lekarzy krajowców, z których jeden przypada na 7.000 mieszkańców, a jedna położna na 8.000 mieszkańców.

Sprostowanie

W artykule prof. dra E. Artwińskiego pt.: Zarys nowożytnej myśli psychiatrycznej, P. G. L. nr 3. 1938, str. 43, wiersz 34 od dołu lewej szpalty, ma być: „Możemy się poszczycić pięcioma oryginalnymi podręcznikami psychiatrii...", gdyż przez przeoczenie zostało opuszczone nazwisko J. Frostiga, autora podręcznika psychiatrii z r. 1993.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.